

e, p.c.

Al Direttore Articolazione Aziendale: Ospedale Territorio Dip. Prevenzione

Oggetto: Richiesta di autorizzazione alla frequenza in qualità di MEDICO SPECIALIZZANDO

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali ivi previste (art. 76)

Il/la sottoscritto/a _____

DICHIARA

di essere nato/a a _____ il _____
residente a _____ Via _____ Cap _____
tel. _____ C.F.: _____ Cittadinanza _____
indirizzo mail _____ Iscritto/a al _____ anno di _____
presso l'Università di _____ Laureato in Medicina e Chirurgia
presso l'Università di _____ in data _____

CHIEDE

di poter frequentare la Struttura/Servizio _____
per un periodo di mesi _____ a partire dal _____
con il seguente orario : dalle ore _____ alle ore _____
nei giorni _____ nei termini di cui all'accordo tra l'Università di _____
e l'Azienda in indirizzo, di cui alla convenzione sottoscritta in data _____.

SI IMPEGNA a rispettare la riservatezza dei dati personali e sensibili di cui dovesse venire a conoscenza durante la frequenza, secondo i principi e le norme del D. Lgs. 30.6.2003, n. 196.

PRENDE ATTO dell'informativa ex art. 13 del D. Lgs. n. 196 del 2003 e acconsente al trattamento dei propri dati personali per le finalità indicate nell'informativa.

DICHIARA:

- di essere in possesso di attestato relativo al corso di formazione e informazione sui rischi per la salute e sicurezza sul lavoro connessi all'attività, previsto dal D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. e disciplinata dall'Accordo Stato Regioni del 21/12/2011 (allega copia dell'attestato al fine di consentire la valutazione della conformità da parte del Servizio di Prevenzione e Protezione dell'Ulss n. 7);
- di essere iscritto al corso di formazione sui rischi per la salute e sicurezza sul lavoro, previsto dalla citata normativa, organizzato dall'Azienda Sanitaria, consapevole del fatto che la frequenza non potrà iniziare prima del superamento con esito positivo del corso stesso.

- Allega:
- Fotocopia documento di identità
- Autorizzazione/richiesta dell'Università
- Dichiarazione assenza condanne penali
- Polizze Assicurative Infortuni, RCT e Professionale

(firma)

PER ACCETTAZIONE/AUTORIZZAZIONE:

IL TUTOR – Dipendente dell'Azienda in servizio c/o _____

COGNOME e NOME _____ Firma _____

Parere Favorevole / non favorevole

Autorizza/Non Autorizza

IL DIRETTORE DELL'U.O.C. ospitante

Responsabile Articolazione Aziendale

Timbro e firma

Timbro e firma

La referente aziendale per i tirocini delle Professioni Sanitarie (firma) _____