

Spett.le ASST Lariana

Via Napoleona, 60
22100 COMO

Oggetto: Richiesta di frequenza volontaria.

Il/la sottoscritto/a _____ chiede di essere autorizzato alla frequenza volontaria
per il periodo dal _____ al _____ presso _____
(indicare struttura che si intende frequentare)

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

- di essere nato a _____ il _____;
- di essere residente in _____ via _____
n. _____ tel _____, cell _____, e-mail _____;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
conseguito il _____ presso _____;
- di essere in possesso di specializzazione nella disciplina _____
conseguita il _____ presso _____;
- di essere in possesso di abilitazione alla professione di _____
conseguita il _____ presso _____;
- di essere iscritto all'albo professionale del _____,
- provincia _____ al n. _____;
- di non aver riportato condanne penali né di essere a conoscenza di procedimenti penali in corso a proprio carico; (oppure di avere)
- di essere edotto/a che la frequenza non può in nessun caso configurarsi come rapporto di lavoro e non dà diritto ad alcuna forma retributiva ed assistenziale;
- che osserverà le norme vigenti che regolamentano il comportamento in servizio dei dipendenti dell'azienda;
- di sollevare l'Azienda da ogni responsabilità per danni, di qualsiasi natura, che potrebbero derivargli dalla frequenza delle Strutture dell'Azienda nonché da quelli eventualmente causati da terzi;
- di aver preso visione del Regolamento della ASST Lariana, pubblicato sul sito internet aziendale, che regola, tra l'altro, le frequenze volontarie;
- di aver preso visione del codice di comportamento adottato dalla ASST Lariana, pubblicato sul sito internet aziendale;
- di essere consapevole che la frequenza avrà inizio solo dopo il rilascio dell'autorizzazione;
- di essere informato che i propri dati personali saranno trattati dall'ASST ai soli scopi istituzionali legati alla frequenza volontaria e in osservanza di quanto previsto del Regolamento Europeo 679/2016 e della normativa vigente;
- prenderà visione dell'informativa relativa agli obblighi in materia di sicurezza sul lavoro ai sensi del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i;

CHIEDE

di poter frequentare ASST Lariana per svolgere attività di tipo osservazionale.

Luogo, data

Firma Frequentante

Si esprime parere	<input type="radio"/> FAVOREVOLE (esplicitare benefici e oneri per l'Azienda) derivanti dalla frequenza (campo obbligatorio)	<input type="radio"/> CONTRARIO
Data e Firma del Direttore della Struttura		

Si esprime parere	<input type="radio"/> FAVOREVOLE	<input type="radio"/> CONTRARIO
Data e Firma del Direttore Dipartimento		

Si esprime parere	<input type="radio"/> FAVOREVOLE	<input type="radio"/> CONTRARIO
Data e Firma del Direttore Amministrativo <input type="checkbox"/> Direttore Sanitario <input type="checkbox"/> Direttore Sociosanitario <input type="checkbox"/>		

E' prevista esposizione a radiazioni ionizzanti

☐ no

☐ sì

Allegati:

-copia polizza assicurativa, vigente per il periodo di frequenza, a copertura di eventuali infortuni;

- copia fronte/retro di un proprio documento di riconoscimento.