**Modulo 1 – tirocini OSS**

**Numero Corso ID\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ente di formazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Al Direttore Sanitario**

**A.O.O.R. Villa Sofia Cervello**

**Palermo**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ domiciliato/a in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n.\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono/Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**chiede alla S.V.**

di essere autorizzato/a a frequentare, a titolo di tirocinio curriculare, senza alcun obbligo di retribuzione da parte di codesta Azienda Ospedaliera e sollevando l’Amministrazione da qualunque responsabilità connessa al periodo di frequenza, la U.O. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

del P.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per un periodo di ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ consapevole che nell’ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si applicheranno le sanzioni penali previste all’art.76 del DPR 445/00, sotto la propria responsabilità civile e penale, dichiara di avere preso visione e di accettare tutte le norme contenute nel “Regolamento per lo svolgimento dei tirocini e delle frequenze volontarie presso le strutture dell’Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello di Palermo” di cui alla Delibera n. 98 del 21/02/2024.

Allega alla presente:

* documento di identità;
* progetto formativo;
* modulo di autorizzazione al trattamento dei dati personali;
* nota informativa in materia di prevenzione e protezione nei luoghi di lavoro.

Palermo, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma e timbro del

Responsabile Attività Infermieristiche

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vista l’istanza presentata dal discente, si esprime parere favorevole.

Timbro e firma del

DIRETTORE SANITARIO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_