

**Modulo 4 – attività formativa Scuole di Specializzazione Unipa**

Per percorso formativo scuola specializzazione in \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

in qualità di specializzando in \_\_\_\_\_ dell'Università  
degli Studi di Palermo

**chiede alla S.V.**

di essere autorizzato/a a frequentare, ai fini del percorso formativo, 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. \_\_\_\_\_.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ consapevole che nell'ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si applicheranno le sanzioni penali previste all'rt.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, li \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

Firma e timbro del  
Direttore dell'Unità Operativa

\_\_\_\_\_

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

Timbro e firma del  
DIRETTORE SANITARIO

\_\_\_\_\_