

Modulo 5 – TESI UNIVERSITARIE

**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 _____

ai sensi artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000
DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

di essere iscritto/a:

☐ **Corso di Laurea Triennale** in _____
dell'Università _____

☐ **Corso di Laurea Magistrale** in _____
dell'Università _____

☐ **Master di I livello** in _____
dell'Università _____

☐ **Master di II livello** in _____
dell'Università _____

chiede alla S.V.

di essere autorizzato/a a frequentare, ai fini del 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. _____.

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, 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
