

Modulo 6 – frequenza volontaria PROFESSIONI SANITARIE

**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 possesso del titolo di studio in _____

chiede alla S.V.

di essere autorizzato a frequentare come volontario, senza alcun obbligo di retribuzione da parte di codesta Azienda Ospedaliera e sollevando l'Amministrazione da qualunque responsabilità connessa al periodo di frequenza, l'U.O. di _____

del P.O. _____ per un periodo di mesi _____.

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 i seguenti DOCUMENTI OBBLIGATORI:

- a) documento di identità;
- b) curriculum vitae in formato europeo;
- c) copia in carta semplice del titolo di studio;
- d) certificazione iscrizione a albo/ordine professionale;
- e) modulo di autorizzazione al trattamento dei dati personali;
- f) nota informativa in materia di prevenzione e protezione nei luoghi di lavoro;
- g) dichiarazione di esonero dell'Azienda da ogni responsabilità derivante dalla frequenza della struttura;
- h) dichiarazione di presa visione e di accettazione, senza riserve, delle norme contenute nel regolamento sopra citato, nonché delle norme concernenti l'organizzazione dell'U.O. nella quale è richiesta la frequenza;
- i) polizza assicurativa Responsabilità Civile contro Terzi;
- j) polizza assicurativa contro infortuni.

Palermo, lì _____

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
