**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:

1. documento di identità;
2. curriculum vitae in formato europeo;
3. copia in carta semplice del titolo di studio;
4. certificazione iscrizione a albo/ordine professionale;
5. modulo di autorizzazione al trattamento dei dati personali;
6. nota informativa in materia di prevenzione e protezione nei luoghi di lavoro;
7. dichiarazione di esonero dell’Azienda da ogni responsabilità derivante dalla frequenza della struttura;
8. 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;
9. polizza assicurativa Responsabilità Civile contro Terzi;
10. 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

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