

**MODELLO A****Richiesta di Frequenza Volontaria per l'accesso e lo svolgimento delle attività dei frequentatori laureati in Medicina, Farmacia, Odontoiatria, Biologia, Chimica e Fisica**

Al Dott. \_\_\_\_\_

Direttore della U.O. \_\_\_\_\_

I sottoscritt Dott. \_\_\_\_\_

nat a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

C.F.: \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

laureat in \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_

Specializat\_/Specializzand in \_\_\_\_\_

presso l'Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

iscritt all'Ordine Professionale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ con il n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di frequentare la U.O. da Lei diretta e, a tal fine:

- dichiara di esprimere l'assenso all'utilizzo dei dati personali da lui forniti, ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003 e s.m.i.;
- si impegna ad osservare le normative vigenti, in particolare per quanto riguarda l'esercizio professionale e le disposizioni in materia di privacy, nonché le norme interne dell'Azienda riguardanti la prevenzione e la sicurezza nei luoghi di lavoro;
- riconosce all'Azienda il diritto di revoca della presente frequenza in qualunque momento;
- prende atto che l'esito della domanda gli sarà comunicato telefonicamente o a mezzo e-mail;
- chiede che ogni comunicazione sia fornita telefonicamente o via e-mail.

**N.B.****DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE IN ALLEGATO ALLA DOMANDA DI FREQUENZA:**

1. certificato in carta semplice del diploma di laurea con voto di Laurea;
2. curriculum vitae datato e sottoscritto;
3. certificato di iscrizione all'albo o ordine professionale, ove previsto;
4. copia documento identità;

**5. DICHIARAZIONE COME SOTTO RIPORTATA:**

## DICHIARA

che, solo a seguito della ammissione alla frequenza, produrrà la ulteriore documentazione richiesta:

1. Referto test Mantoux/test Quantiferon (solo per le discipline sanitarie);
2. **Polizza infortuni** (massimale minimo € 50.000,00);
3. **Polizza Responsabilità Civile Professionale** (massimale minimo € 500.000,00);
4. Copia libretto vaccinale.

Dichiara, inoltre, di impegnarsi ad effettuare esami diagnostici previsti dal D. Lgs. N.81/2008.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

## A CURA DELLA U.O.

Relativamente alla richiesta di frequenza volontaria inoltrata dal dott. \_\_\_\_\_  
il Direttore della U.O. esprime parere:

POSITIVO     NEGATIVO

ed individua quale Tutor il dott. \_\_\_\_\_

Il numero di accessi settimanali concordata è pari a \_\_\_\_\_, nel periodo compreso dal mese di \_\_\_\_\_ al mese di \_\_\_\_\_, per un totale di \_\_\_\_\_ ore.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Timbro e firma del Direttore U.O.

\_\_\_\_\_

## NOTIFICA DELL'ESITO

A seguito dell'esito positivo dell'istanza di cui trattasi, il/la sottoscritt\_ dott. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ dichiara di aver preso visione del regolamento, di cui alla deliberazione n. 260 del 02.03.2015, allegato al presente modulo, e si impegno all'osservanza di quanto in esso contenuto.

Firma del Frequentatore

\_\_\_\_\_

✓

**La domanda di ammissione alla frequenza deve pervenire esclusivamente all'Ufficio Protocollo dell'Azienda Ospedaliera S.Camillo Forlanini, ubicato al Padiglione Busi piano terra – Ospedale S. Camillo- Circonvallazione Gianicolense, 87- 00152 Roma, indirizzata alla UOSD Formazione e Governo Clinico, con specificato “domanda per frequenza volontaria”.**

**La stessa può essere consegnata a mano o spedita a mezzo di raccomandata con avviso di ricevimento all'indirizzo suindicato.**

Per eventuali informazioni scrivere al seguente indirizzo mail:  
**frequenzatirocini@scamilloforlanini.rm.it**

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del richiedente

---