

**Richiesta di frequenza per Specializzandi Dirigenti Medici e Sanitari**

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 \_\_\_\_\_

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.

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

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

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

1. Copia del documento identità;
2. Autorizzazione alla frequenza rilasciata dall'Università con il riferimento all'atto deliberativo aziendale autorizzativo della Convenzione in essere;
3. Referto test Mantoux/test Quantiferon (solo per le discipline sanitarie);
4. Copia libretto vaccinale

**A CURA DELLA U.O.**

Relativamente alla richiesta di frequenza, ai fini della specializzazione, 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.

\_\_\_\_\_

**La frequenza del Medico Specializzando/a, ai fini della specializzazione, è ammissibile esclusivamente in presenza di Convenzione in essere tra l'Università di appartenenza e l'Unità Operativa ospitante dell'Azienda Ospedaliera.**

**La domanda di ammissione alla frequenza deve pervenire 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 U.O.S.D. Formazione e Governo Clinico, con specificato "Domanda per Frequenza Specializzandi".**

**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:  
**[frequenzetirocini@scamilloforlanini.rm.it](mailto:frequenzetirocini@scamilloforlanini.rm.it)**