



Servizio Sanitario Nazionale - Regione Liguria
Azienda Sanitaria Locale n. 5 "Spezzino"
LA SPEZIA

Al Responsabile della Struttura ospitante

Al Direttore S.C. Gestione Risorse Umane
A.S.L. n. 5 Spezzino
Via XXIV Maggio n. 139

19124 LA SPEZIA

Oggetto: richiesta di frequenza volontaria presso le strutture aziendali.

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ (C.A.P. _____) Via _____
_____ n. _____ Telefono _____ e-mail _____
codice fiscale _____ in possesso dei seguenti titoli di studio:

c h i e d e

di essere ammesso a frequentare in qualità di **"studente frequentatore" e/o "frequentatore"** la struttura dell'A.S.L. S.C. _____ sita in _____
per il periodo dal _____ al _____ per un impegno orario non inferiore a 20 ore settimanali e non superiore a 36 ore settimanali, con la seguente articolazione oraria per n. _____ giorni alla settimana con orario dalle ore _____ alle ore _____, **previo nulla osta del Direttore della Struttura indicata**, per i seguenti motivi:

A tal fine, dichiara:

- di aver preso visione del Regolamento Aziendale dell'A.S.L. n. 5 Spezzino per lo svolgimento delle frequenze volontarie, che accetta in ogni sua parte;
- di essere a conoscenza che l'inizio della frequenza volontaria è subordinato alla produzione di idonea documentazione attestante l'obbligo di copertura assicurativa contro gli infortuni personali e per la responsabilità civile verso terzi;
- di esonerare l'Azienda ed i dipendenti da qualsiasi responsabilità derivante dalla frequenza;
- che la frequenza volontaria non costituisce rapporto di impiego né prefigura titolo o diritto a qualsivoglia genere di impiego;
- di essere consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dalla presente legge sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia;
- di essere consapevole che la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato comporta la decadenza del beneficio all'ammissione di cui trattasi;

- di aver preso atto che ai sensi del D.Lgs. n. 196/03 i dati personali forniti dal sottoscritto verranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla gestione del rapporto di frequenza.

Allega alla presente domanda:

- 1) certificato di studio e/o specializzazione o di iscrizione al corso universitario;
- 2) certificato di abilitazione all'esercizio della professione ed iscrizione al relativo albo professionale;
- 3) Certificato di idoneità fisica rilasciato dal Servizio di Medicina Preventiva dell'A.S.L. n. 5 Spezzino (per prenotazione tel. 0187/533003);
- 4) Copia della polizza assicurativa contro gli infortuni e responsabilità civile verso terzi;

Data _____

Firma del richiedente

SEZIONE A CURA DELLA STRUTTURA COMPETENTE

Parere del Dirigente/Responsabile della Struttura Complessa/Struttura Semplice Dipartimentale

FAVOREVOLE

NON FAVOREVOLE

Data _____

Timbro e Firma

Parere del Direttore del Presidio Ospedaliero

FAVOREVOLE

NON FAVOREVOLE

Data _____

Timbro e Firma
