

Al Responsabile della Struttura ospitante

AI DIRETTORE S.C. GESTIONE RISORSE UMANE
ASL5
Via Fazio, 30
19121 LA SPEZIA

OGGETTO : Richiesta di frequenza volontaria presso le strutture aziendali

Il/La sottoscritto/a nato/a (Prov) il
..... C.F. residente in C.A.P.
..... via n., Tel, indirizzo e-mail:
..... in possesso dei seguenti titoli di studio:.....
conseguito con votazione.....

iscritt_ presso

- Istituto.....
 Università
 Scuola di Specializzazione.....

CHIEDE DI POTER FREQUENTARE IN QUALITA' DI

- Studente frequentatore
 Frequentatore

Presso:

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 nr.
giorni alla settimana con orario dalle ore alle ore, **previo nulla osta del Direttore
della Struttura indicata**

A TAL FINE DICHIARA

- Di non avere a mio carico provvedimenti di destituzione o dispensa presso la Pubblica Amministrazione;
- di non avere / di avere rapporti di lavoro con questa Amministrazione;

- di impegnarsi a mantenere la necessaria riservatezza per quanto attiene ai dati, ai fatti e alle informazioni di cui venga a conoscenza in ragione dell'attività di tirocinio e di non rivelare a terzi i suddetti dati, fatti e informazioni, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio stesso;
- di aver preso visione e di attenersi al Regolamento Aziendale dell'ASL5 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 dell'ammissione di cui trattasi;
- di aver preso atto che ai sensi del Regolamento Europeo n.2016/679 i dati personali forniti dal sottoscritto verranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla gestione del rapporto di frequenza.

La Spezia

.....(firma)

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/Dipartimento Cure Primarie

FAVOREVOLE

NON FAVOREVOLE

Data

Timbro e Firma

.....

Allega alla presente domanda:

- 1) autocertificazione di studio e/o specializzazione o di iscrizione al corso universitario;
- 2) certificato di idoneità rilasciato dal Servizio di Medicina Preventiva dell'ASL5 (per prenotazione tel 0187/533384);
- 3) copia della polizza assicurativa contro gli infortuni e responsabilità civile verso terzi;
- 4) copia documento d'identità in corso di validità e codice fiscale .

La domanda si intende accettata previa consegna e verifica di tutta la documentazione sopraindicata e successiva autorizzazione del Direttore della S.C. Risorse Umane;