



Sistema Sanitario Regione Liguria

Al Direttore/Responsabile della Struttura ospitante

AL DIRETTORE S.C. GESTIONE RISORSE UMANE
A.S.L. 5
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 presso..... 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/Responsabile della Struttura indicata**

A TAL FINE DICHIARA

- Di non avere a proprio 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 frequenza e di non rivelare a terzi i suddetti dati, fatti e informazioni, sia durante che dopo lo svolgimento della frequenza stessa;
- di aver preso visione e di attenersi al Regolamento Aziendale dell'ASL5 per lo svolgimento delle frequenze volontarie, approvato con deliberazione n. 586 del 28/06/2012 e scaricabile al sito aziendale al link https://www.asl5.liguria.it/Portals/0/Tirocini_Freq_Volontaria/Frequenza_Volontaria/20171215_RegolamentoFrequenzaVolontaria.pdf?ver=2017-12-15-114754-610 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 da qualsiasi responsabilità derivante dalla frequenza;
- di essere consapevole 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 Direttore/Responsabile della Struttura Complessa/Struttura Semplice Dipartimentale

- ☐ **FAVOREVOLE**
☐ **NON FAVOREVOLE**

Data.....

Timbro e firma

.....

Parere del Direttore del Presidio Ospedaliero/Dipartimento di appartenenza (se trattasi di Struttura Ospedaliera o Territoriale)

- ☐ **FAVOREVOLE**
☐ **NON FAVOREVOLE**

Data.....

Timbro e firma

.....

Allegati:

- 1) autocertificazione del titolo 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. 0187533217);
- 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 di tutta la documentazione sopraindicata e successiva autorizzazione da parte del Direttore della S.C. Risorse Umane.