

RICHIESTA DI FREQUENZA

Gemelli



Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli
Università Cattolica del Sacro Cuore

Il sottoscritto

NOME		COGNOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA		CODICE FISCALE	
RESIDENTE A	VIA, NUMERO CIVICO		C.A.P.
TELEFONO	CELLULARE	E-MAIL	
TITOLO DI STUDIO			

CHIEDE DI FREQUENTARE

PER IL PERIODO DAL _____ AL _____

LA STRUTTURA DELLA FONDAZIONE _____

PER I SEGUENTI MOTIVI: _____

A tal fine consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 DPR 445/2000

DICHIARA

- Di aver preso visione del vigente regolamento sulla frequenza volontaria, di accettarlo integralmente e senza riserve, e in particolare di essere consapevole che la frequenza volontaria non configura rapporto di lavoro e non dà diritto ad alcun compenso
- Di non trovarsi nei casi di esclusione indicati all'art. 2 del regolamento
- Di essere consapevole che l'autorizzazione alla frequenza potrà essere rilasciata solo previa consegna di:
 - Polizza assicurativa per invalidità permanente e morte conseguente ad infortuni e malattie contratte in occasione della frequenza volontaria
 - Attestazione di pagamento effettuato ai sensi dell'art. 4.1, comma 5, del regolamento
 - Curriculum vitae
 - Copia di un documento di riconoscimento

Chiede che ogni comunicazione in merito alla presente domanda venga inoltrata al seguente recapito (se diverso dall'indirizzo sopra riportato):

RICHIESTA DI FREQUENZA

Gemelli



Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli
Università Cattolica del Sacro Cuore

Ai sensi del Dlgs. 196/2003 il sottoscritto dichiara di essere informato che i propri dati personali saranno trattati dalla Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli ai soli scopi istituzionali legati alla frequenza volontaria e che gli stessi non saranno diffusi o comunicati, salvi i casi di legge o di legittima richiesta dell'Autorità.

Dichiara altresì di essere a conoscenza dei diritti di cui all'art. 7 del Dlgs 196/2003 che potrà in ogni momento esercitare nei confronti dell'Azienda titolare dei dati.

DATA

FIRMA

Parte riservata al consenso preventivo alla frequenza

Si acconsente alla frequenza del Dott./Dott.ssa _____
in strutture afferenti alla U.O. _____

Ai fini di una valutazione sulla esposizione ai rischi, ai sensi del D. Lgs. 81/2008, si dichiara che la frequenza si svolgerà presso:

- Reparto di degenza/D.H. _____
- Ambulatorio _____
- Laboratorio _____
- Sala Operatoria _____
- Uffici Amministrativi _____
- Altro (specificare) _____

Firma del Responsabile di U.O.C.

Visto del Direttore Sanitario _____