

e, p.c.

Al Direttore Articolazione Aziendale: Ospedale Territorio Dip. Prevenzione

Oggetto: Richiesta di TIROCINIO:

CURRICULARE PER ACCESSO ALLA PROFESSIONE ALTERNANZA SCUOLA-LAVORO

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali ivi previste (art. 76)

Il/la sottoscritto/a _____

DICHIARA

di essere nato/a a _____ il _____ cittadinanza: _____

residente a _____ Via _____ Cap _____

tel. _____ C.F.: _____ mail: _____

Iscritto/a al _____ anno di _____

presso _____

Laureato in _____ presso _____

CHIEDE

di poter frequentare la Struttura (U.O.C.) _____

per un periodo di mesi _____ a partire dal _____

con il seguente orario : dalle ore _____ alle ore _____ nei giorni _____

La copertura assicurativa contro infortuni e malattie che potrebbero derivare per effetto della frequenza è disciplinata dalla convenzione fra codesta Azienda ULSS e la Scuola/Università/Istituto _____.

SI IMPEGNA a rispettare la riservatezza dei dati personali e sensibili di cui dovesse venire a conoscenza durante la frequenza, secondo i principi e le norme del Reg. UE 679/2016 e del D. Lgs. 196/2003, così come modificato dal D. Lgs 101/2018.

PRENDE ATTO dell'informativa ex art. 13 del Reg. UE 679/2016 e acconsente al trattamento dei propri dati personali per le finalità indicate nell'informativa.

DICHIARA:

di essere in possesso di attestato relativo al corso di formazione e informazione sui rischi per la salute e sicurezza sul lavoro connessi all'attività, previsto dal D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. e disciplinata dall'Accordo Stato Regioni del 21/12/2011 (allega copia dell'attestato al fine di consentire la valutazione della conformità da parte del Servizio di Prevenzione e Protezione);

di essere iscritto al corso di formazione specifica sui rischi per la salute e sicurezza sul lavoro, previsto dalla citata normativa, organizzato dall'Azienda Sanitaria, consapevole del fatto che la frequenza non potrà iniziare prima del superamento con esito positivo del corso stesso.

Allega fotocopia documento di identità

(firma)

PER ACCETTAZIONE/AUTORIZZAZIONE:

IL TUTOR – Dipendente dell'Azienda in servizio c/o _____

COGNOME e NOME _____ Firma _____

Parere Favorevole / non favorevole

Autorizza/Non Autorizza

IL DIRETTORE DELL'U.O.C. ospitante

Responsabile Articolazione Aziendale

Timbro e firma

Timbro e firma

La referente aziendale per i tirocini delle Professioni Sanitarie (firma) _____