

AL DIRETTORE GENERALE dell'AZIENDA ULSS n. 7
Via dei Lotti, 40
BASSANO DEL GRAPPA

Data _____

e, p.c.

Al Direttore Articolazione Aziendale: Ospedale Distretto Dip. Prevenzione

Oggetto: richiesta di **FREQUENZA VOLONTARIA A FINI FORMATIVI**

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 _____
residente a _____ Via _____ Cap _____
tel. _____ C.F.: _____ Cittadinanza _____
indirizzo mail _____
Titolo di studio _____ conseguito in data _____

CHIEDE

di poter frequentare la Struttura/Servizio _____
per un periodo di mesi _____ a partire dal _____
con il seguente orario : dalle ore _____ alle ore _____
(escluso orario notturno) nei giorni: _____

SI ASSUME ogni responsabilità per quanto potrebbe accadere durante la frequenza, scagionando completamente codesta rispettabile Azienda U.L.S.S. da qualsiasi responsabilità;

ALLEGA idonea assicurazione contro gli infortuni (caso morte e invalidità permanente) malattie (invalidità permanente) e Responsabilità civili terzi, secondo i massimali indicati nel retro del foglio.

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).

Allega: fotocopia documento di identità
fotocopia polizze assicurative
fotocopia attestato corso sicurezza
dichiarazione assenza condanne penali

(firma)

PER ACCETTAZIONE/AUTORIZZAZIONE:

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

COGNOME e NOME _____ Firma _____

Parere Favorevole / non favorevole
IL DIRETTORE DELL'U.O.C. ospitante

Autorizza/Non Autorizza
Responsabile Articolazione Aziendale

Timbro e firma

Timbro e firma

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

Copertura assicurativa richiesta dall'Azienda

<i>Garanzie assicurate</i>	<i>Somme assicurate</i>
<i>R.C.T.</i>	Non inferiore a € 1.000.000,00 per sinistro
Morte	Non inferiore a € 50.000,00 pro capite
Invalità permanente da infortunio	Non inferiore a € 50.000,00 pro capite
Inabilità temporanea da infortunio (consigliata)	€ 21,00 giornalieri per un massimo di 300 giorni; l'indennità giornaliera è ridotta al 50% per i primi tre mesi
Invalità permanente da malattia	Non inferiore a € 50.000,00
Inabilità temporanea da malattia (consigliata)	si propongono i massimali previsti per l'inabilità temporanea da infortunio

Verranno inviati tramite mail:

- modulo di richiesta
- informativa privacy
- dichiarazione sostitutiva di certificazioni in merito all'assenza di condanne penali
- informazioni e contenuti minimi in merito alla formazione sulla sicurezza di cui al D. Lgs. n.81/2008.
- il documento di informazione sui rischi specifici dell'Azienda Ulss n.7; prima dell'inizio della frequenza dovrà consegnare l'ultimo foglio controfirmato anche dal tutor, all'U.O.C. Affari Generali (c.a. Martina De Pretto – rif.ti mail: martina.depretto@aulss7.veneto.it – tel. 0445/389209).

ISTRUZIONI OPERATIVE

Il presente modulo di richiesta dovrà essere compilato in ogni sua parte, sottoscritto dal frequentatore, dal tutor, dal Direttore dell'U.O.C ospitante e inviata al protocollo dell'Azienda Ulss n. 7 per l'assegnazione all'U.O.C. Affari Generali, che provvederà a completare l'istruttoria acquisendo i pareri previsti.

Dovranno essere allegati alla domanda tutti gli attestati richiesti e le polizze assicurative.

Si ricorda che la domanda dovrà pervenire almeno 15 giorni prima rispetto alla data di inizio proposta dal frequentatore; la data di inizio verrà comunque confermata e comunicata all'interessato e al Responsabile del Servizio in forma scritta.