

Allegato A)

AL DIRETTORE GENERALE DELLA
ASL 02 LANCIANO VASTO-CHIETI,
Via Martiri Lancianesi 17/19
66100 CHIETI

Il sottoscritto/a _____

CHIEDE DI FREQUENTARE

per il periodo dal _____ al _____ P.U.O. _____ presso _____

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 essere nato a _____ (Prov. _____) il _____;
 - Di essere residente a _____ (Prov. _____)
- in via _____ tel. _____ cell. _____
e-mail _____

Di essere in possesso del seguente titolo di studio

_____ conseguito in data _____ presso _____

Di non trovarsi nei casi di esclusione indicati dall'art. 1 bis del vigente regolamento sulla frequenza volontaria presso l'Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano-Vasto-Chieti.

Dichiara inoltre:

1. Di aver preso visione del vigente regolamento sulla frequenza volontaria e di accettarlo integralmente e senza riserve; di non aver svolto precedenti frequenze superiori a mesi 6; di essere consapevole che la

frequenza volontaria non configura rapporto di lavoro e non dà diritto ad alcun compenso;

2. Di essere consapevole che la frequenza potrà avere inizio solo previa consegna di copia di polizza assicurativa per infortuni e malattie contratte in occasione della frequenza volontaria e di una polizza per responsabilità civile verso terzi, per i rischi derivanti dallo svolgimento delle attività inerenti alla frequenza volontaria.

Chiede che ogni comunicazione in merito alla presente domanda venga inoltrata al seguente

recapito: _____

At sensi del Dlgs 196/2003 il sottoscritto dichiara di essere informato che i propri dati personali saranno trattati dall'Azienda Sanitaria Locale Lanciano-Vasto-Chieti 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.

Dichiaro altresì di essere edotto dei diritti di cui all'art. 7 del Dlgs 196/2003 che potrà in ogni momento esercitare nei confronti dell'Azienda titolare dei dati nella persona del Direttore Generale.

Firma _____

PARTE RISERVATA AL PARERE PREVENTIVO ALLA FREQUENZA DEL
RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

si acconsente alla frequenza del Sig. _____

per il periodo dal _____ al _____

non si acconsente alla frequenza del Sig. _____

per il seguente motivo _____

Data,

FIRMA E TIMBRO DEL RESPONSABILE DELLA U.O.

Visto

IL DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO / RESPONSABILE SANITARIO DELLA
STRUTTURA

Il presente modulo, compilato in ogni sua parte, deve essere consegnato alla U.O. preposta all'autorizzazione.