

AL DIRETTORE GENERALE
dell'Azienda Ospedaliera
Via Giustiniani n.1
35128 PADOVA

Il/la sottoscritto/a..... nat . a
il.....residente a.....
C.A.P., in Vian.....
telefono cellularedomiciliato/a a.....
C.A.P. in Via n.....
e-mail.....

CHIEDE

alla S.V. di poter essere ammesso/a a frequentare (specificare la struttura aziendale che si intende frequentare) , in qualità di (specificare la professionalità).....per un periodo di mesi, con inizio dal giorno 15 del mese di

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. stesso

DICHIARA

- di essere in possesso del seguente titolo di studio: conseguito il presso riportando il seguente punteggio.....;
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione presso nell'anno
- di essere iscritto all'Albo professionale della Provincia di dal n. iscr.;
- di essere in possesso del diploma di Specializzazione in conseguito in datapresso con il seguente punteggio

Il sottoscritto dichiara altresì:

- di non essere dipendente a tempo pieno di soggetto pubblico o privato;
- di essere dipendente pubblico o privato (a tale fine allega l'autorizzazione del datore di lavoro);
- di non svolgere attività libero professionale;
- di svolgere o aver svolto per il periodo dal.....al.....attività libero professionale (precisare quale);
- di non essere stato, in precedenza, frequentatore dell'Azienda Ospedaliera di Padova;
- di essere stato frequentatore in precedenza nel periodo dal al

ed inoltre:

- di essere a conoscenza che l'ammissione alla frequenza avviene al solo scopo di acquisire conoscenze professionali e non dovrà comportare rallentamento e/o intralcio alla normale attività del servizio;

- di aver letto il regolamento per le frequenze volontarie dell'Azienda Ospedaliera, che si intende accettato integralmente con la sottoscrizione della presente richiesta;
- di esonerare l'Azienda Ospedaliera di Padova da qualsiasi responsabilità conseguente alla frequenza per atti commessi con dolo o colpa grave;
- di essere a conoscenza che, qualora l'attività svolta comporti la classificazione come lavoro esposto al rischio di radiazioni ionizzanti, sarà cura del sottoscritto assolvere, ai fini della propria tutela, agli obblighi derivanti dall'art. 64 del Decreto Legislativo del 17.3.1995, n. 230.

Il sottoscritto allega:

1. copia della polizza assicurativa contro gli infortuni, comprensiva dei casi di morte e di invalidità permanente, nonché di ogni affezione riconducibile, in qualsiasi modo alla frequenza;
2. certificato di idoneità psicofisica nel quale dovrà essere attestato lo stato immunitario per le malattie esantematiche quali morbillo, varicella, rosolia, parotite, valutato attraverso specifiche indagini sierologiche. In caso di non immunità il soggetto dovrà vaccinarsi. Detto certificato dovrà specificare, altresì, che è stato effettuato nel corso degli ultimi tre mesi lo screening per la ricerca di infezione tubercolare latente o attiva con esito negativo per la forma attiva (con test specifici quali Mantoux o test IGRA+Rx torace in caso di positività agli stessi, ed ulteriori indagini se necessario).
3. copia della carta di identità.
4. 1 foto formato tessera.

(luogo e data)

Firma

Informativa ai sensi dell'art. 13 della D. Lgs. n. 196/2003: i dati personali sopra riportati verranno utilizzati e trattati esclusivamente in conformità delle vigenti disposizioni in materia di privacy e nel pieno rispetto delle prescrizioni di riservatezza e sicurezza.

PARTE RISERVATA AL DIRETTORE DELL'UNITA' OPERATIVA OSPITANTE

Il sottoscritto Direttore dell'.....
 esprimere parere favorevole alla frequenza.

.....
 (Timbro e firma)