



## Allegato A

Al Direttore di P.O./Distretto/Dipartimento/Area

ASL ROMA 5

### OGGETTO: Richiesta di svolgimento Frequenza Volontaria

Il/La sottoscritto/a (Nome/Cognome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

n° telefono cellulare \_\_\_\_\_ Fisso \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Titolo di Studio \_\_\_\_\_

chiede di poter svolgere frequenza volontaria a scopo didattico formativo presso la ASL ROMA 5 nella  
Struttura UOC/UOSD/Dipartimento/Area/Distretto \_\_\_\_\_

In caso di accettazione della richiesta, dichiara di essere disposto a stipulare apposita polizza assicurativa per responsabilità civile verso terzi per danni a persone e a cose e per la copertura dei rischi di infortunio e malattia.

- con la sottoscrizione del presente modulo, accetto il regolamento aziendale della ASL Roma 5 sulla frequenza volontaria ed il codice di comportamento adottato dall'Azienda.
- con la sottoscrizione del presente modulo autorizzo il trattamento dei dati personali, in base art. 13 del D. Lgs. 196/2003.

Inoltre dichiaro l'insussistenza di conflitti di interessi, di non avere in essere alcun rapporto di lavoro con aziende pubbliche e private, di non essere lavoratore autonomo e di non essere in possesso di partita Iva.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente

\* Si ricorda che la stesura del presente modulo non è modificabile, la modifica, la comprensibilità e/o la mancanza di parti non compilate annullerà la richiesta.



## Allegato B

### PARTE RISERVATA AL RESPONSABILE DI STRUTTURA

Il/la sottoscritto/a sig./ra dott./ssa \_\_\_\_\_

Direttore UOC/UOSD \_\_\_\_\_

presso il presidio \_\_\_\_\_

In relazione alla domanda di svolgimento di frequenza volontaria presentata dal sig./ra

dott./ssa \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ed acquisita al protocollo aziendale con nota prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

di aver preso visione ed acquisito agli atti della propria struttura i titoli attestanti il possesso da parte del richiedente delle qualifiche necessarie allo svolgimento dell'attività e di acquisire copia della polizza assicurativa per responsabilità civile verso terzi per danni a persone e a cose e per la copertura dei rischi di infortunio e malattia connesse al periodo autorizzato, stipulata dal/la richiedente;

#### DICHIARA INOLTRE

che il/la richiedente svolgerà la frequenza volontaria presso la seguente struttura:

\_\_\_\_\_

- Che il richiedente svolgerà la propria attività osservazionale sempre sotto la supervisione di un tutor esperto.
- Di assumersi ogni responsabilità per quanto attiene l'espletamento della frequenza volontaria in qualità di osservatore a scopo didattico formativo.
- Che il richiedente verrà sottoposto a visita medica PREVENTIVA da parte del medico competente (o del medico autorizzato), nel caso in cui l'espletamento della frequenza volontaria comporti l'esposizione a fattori di rischio per i quali la normativa vigente preveda l'obbligo di sorveglianza sanitaria.

Stante quanto sopra, si richiede l'autorizzazione allo svolgimento della frequenza volontaria del

sig./ra/dott./ssa \_\_\_\_\_

presso la Struttura \_\_\_\_\_

**Il Tutor**

**Il Direttore della Struttura**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### PARTE RISERVATA AL DIRETTORE PRESIDIO OSPED./DISTRETTO/DIPARTIMENTO/AREA

In relazione alla domanda presentata da \_\_\_\_\_

- Si concede il nulla osta
- Si nega il nulla osta per le seguenti motivazioni: \_\_\_\_\_

**Il Direttore P.O./Distretto/Dipartimento/Area**

\_\_\_\_\_