

RICHIESTA FREQUENZA VOLONTARIA

Il sottoscritto

NOME		COGNOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA		CODICE FISCALE	
RESIDENTE A	VIA, NUMERO CIVICO		C.A.P.
TELEFONO	CELLULARE	E-MAIL	
TITOLO DI STUDIO			

CHIEDE DI FREQUENTARE

PER IL PERIODO DAL _____ AL _____

LA STRUTTURA DELLA FONDAZIONE

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

1. Di aver preso visione della vigente procedura sulla frequenza volontaria, di accettarlo integralmente e senza riserve, e in particolare di essere consapevole che la frequenza volontaria non configura rapporto di lavoro e non dà diritto ad alcun compenso
2. Di non trovarsi nei casi di esclusione indicati all'art. 2 della procedura.
3. Di conoscere ed accettare il contenuto del Codice Etico e del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo adottato dalla Fondazione (consultabile al sito internet: www.policlinicogemelli.it) e si impegna a rispettarne tutte le previsioni. In caso di violazione anche soltanto di una delle previsioni contenute nel Codice Etico, la Fondazione avrà facoltà di interrompere la frequenza.
4. Di essere consapevole che l'autorizzazione alla frequenza potrà essere rilasciata solo previa consegna di:
 - Polizza assicurativa in lingua Italiana o Inglese per invalidità permanente e morte conseguente ad infortuni e malattie contratte in occasione della frequenza volontaria
 - Attestazione di pagamento effettuato ai sensi dell'art. 4.1, comma 5, della procedura
 - Curriculum vitae
 - Copia di un documento di riconoscimento
 - Permesso di Soggiorno per Motivi di Studio (solo per i cittadini extra UE)
 - Nulla osta del datore di lavoro (per i lavoratori dipendenti)

RICHIESTA FREQUENZA VOLONTARIA

Chiede che ogni comunicazione in merito alla presente domanda venga inoltrata al seguente recapito (se diverso dall'indirizzo sopra riportato):

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 il sottoscritto dichiara di essere informato che i propri dati personali saranno trattati dalla Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS ai soli scopi istituzionali legati alla frequenza volontaria e che gli stessi non saranno comunicati a soggetti terzi, fatto salvo il caso in cui la comunicazione sia prevista per adempiere ad un obbligo di legge e/o di un ordine della Pubblica Autorità.

DATA _____

FIRMA _____

Parte riservata al consenso preventivo alla frequenza

Si acconsente alla frequenza del Dott./Dott.ssa _____
in strutture afferenti alla U.O. _____

Ai fini di una valutazione sulla esposizione ai rischi, ai sensi del D. Lgs. 81/2008, si dichiara che la frequenza si svolgerà presso:

- Reparto di degenza/D.H. _____
- Ambulatorio _____
- Laboratorio _____
- Sala Operatoria _____
- Uffici Amministrativi _____
- Altro (specificare) _____

DATA _____

FIRMA DEL RESPONSABILE U.O.C. _____

DATA _____

VISTO DEL DIRETTORE SANITARIO _____