



Delibere di Giunta Regionale Umbria n. 10076 del 30/12/1993 e 1215 del 24/02/1994

AL DIRETTORE GENERALE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

*aosp.perugia@postacert.umbria.it***Dati del/della richiedente la frequenza:**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Data e Luogo di Nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Comune, CAP, Provincia \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

Recapito per comunicazioni,  
se diverso dall'indirizzo \_\_\_\_\_**Dati relativi alla frequenza richiesta:**Struttura dell'Azienda da  
frequentare \_\_\_\_\_

Periodo dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ al \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ per n. ore settimanali \_\_\_\_ (minimo 20)

Tipo di richiesta  nuova frequenza  riconferma di frequenza in  
essere Motivi della richiesta di  
frequenza \_\_\_\_\_**DICHIARAZIONI AI SENSI DEL DPR 445/2000 (autocertificazione)****A – Dichiaro** (barrare le caselle che interessano – non barrare nel caso in cui non si possiedono il titolo e/o i requisiti indicati) di possedere il titolo di studio

conseguito in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

 di possedere l'abilitazione all'esercizio professionale, conseguita in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ di essere iscritta/o all'ordine professionale in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ con numero \_\_\_\_\_**B - Dichiaro**

di aver preso visione del vigente regolamento aziendale sulla frequenza volontaria presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia e di accettarlo integralmente e senza riserve; e in particolare:

- di essere consapevole che la frequenza volontaria non configura rapporto di lavoro né operatività;
- di non essere dipendente a qualsiasi titolo di altre amministrazioni e di non trovarmi nei casi di esclusione dalla frequenza volontaria, di cui all'articolo 12 del vigente regolamento aziendale (effettuazione di tirocini per esami di Stato, di tirocini pre o post laurea per l'acquisizione della laurea o della specializzazione; partecipazione a corsi di formazione e tirocini per i medici della continuità assistenziale e/o per la formazione specifica in Medicina Generale; partecipazione ad altri corsi comunque denominati, comprendenti attività di tirocinio).

**B.1 Dichiaro, con specifico riferimento a privacy e sicurezza:**

- di obbligarmi a rispettare le normative e le prescrizioni aziendali in materia di privacy e sicurezza, di cui all'articolo 21 del vigente regolamento aziendale, ivi compresa la sottoposizione ai controlli previsti dall'Azienda per il personale dipendente e ogni altra disposizione o prescrizione anche aziendale in materia di sicurezza ed esposizione a rischi;
- di aver preso conoscenza dell'elenco dei fattori di rischio presenti presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia, che restituisco in allegato a questa domanda, debitamente datato e firmato;
- di aver ricevuto l'informazione di base in materia di sicurezza dei lavoratori nel settore sanitario, restituendo allo scopo la ricevuta allegata all'apposito opuscolo.

**C – Mi obbligo a presentare, contestualmente alla presentazione della domanda, a pena di decadenza:**

- Polizza/e assicurativa/e a copertura **sia dell'invalidità permanente che della morte conseguenti da infortunio e/o malattia** contratte in occasione della frequenza volontaria presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia, per un **massimale complessivo di 250.000 euro**, da ripartire tra i due eventi assicurati.
- Polizza assicurativa per **responsabilità civile verso terzi**, di massimale adeguato alla professionalità.

**Nota: Nelle polizze si deve chiaramente evincere che le garanzie assicurative coprono il periodo di frequenza volontaria.**

- Certificato di buona salute
- Ricevuta di pagamento fornitura divisa/camicia, se preventivamente richiestane fornitura

**D – Allego fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento in corso di validità.****E – Dichiarazione sul Trattamento dei propri dati personali.**

*Ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016, la/il sottoscritta/o dichiara di essere informata/o che i propri dati personali, il cui conferimento è necessario per poter evadere questa domanda, saranno trattati dall'Azienda Ospedaliera di Perugia quale Titolare, a mezzo del Responsabile del Trattamento della Direzione Formazione e Qualità, con sistemi sicuri informatici e/o cartacei ai soli scopi istituzionali legati alla frequenza volontaria e che gli stessi non saranno diffusi o comunicati a chicchessia, salvi i casi di legge o di legittima richiesta dell'autorità. Base giuridica del trattamento è il regolamento aziendale approvato con delibera DG n.76 del 27/01/2025. Il sottoscritto dichiara di essere edotto dei diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del Regolamento Europeo - tra i quali il diritto di presentare un reclamo all'autorità di controllo- che potrà in ogni momento esercitare nei confronti dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, nella persona del Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) Avv. Pietro Anselmi ai dati di contatto: tel. 0733470315 email: dpo@ospedale.perugia.it*

Perugia, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
(per esteso e leggibile)

**Parte riservata al Direttore della Struttura ospitante, Medica, per il consenso preventivo alla frequenza (da acquisire a cura del richiedente prima della presentazione della domanda)**

- SI ACCONSENTE ALLA FREQUENZA  
 NON SI ACCONSENTE ALLA FREQUENZA

Firma e timbro \_\_\_\_\_

Perugia, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Parte riservata al Direttore S.C. Direzione per il consenso preventivo alla frequenza**

- SI ACCONSENTE ALLA FREQUENZA  
 NON SI ACCONSENTE ALLA FREQUENZA

Firma e timbro \_\_\_\_\_

Perugia, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_