



Stemmi dell'Ospedale di S. Maria della Misericordia di Perugia

Azienda Ospedaliera di Perugia

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA FREQUENZA VOLONTARIA

(Delibere di Giunta Regionale Umbria n. 10076 del 30/12/1993 e 1215 del 24/02/1994 – Delibera aziendale n. 960 del 24/07/2012)

AL DIRETTORE GENERALE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

Dati del/della richiedente la frequenza:

Cognome e nome _____

Codice Fiscale _____

Data e luogo di nascita _____

Indirizzo _____

Comune, CAP, provincia _____

Telefono e/o cellulare _____

email _____

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 inoltre

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 9 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 il personale di Guardia Medica e/o per la formazione specifica biennale 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 8 del vigente regolamento aziendale, ivi compresa la sottoposizione agli stessi 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, ad autorizzazione intervenuta e non oltre 15 giorni dalla stessa, a pena di decadenza:

- Polizza/e assicurativa/e a copertura **sia** dell'invalidità permanente **che** della morte conseguenti **sia** ad infortuni **che** a malattie **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
(l'attestazione di buona salute dovrà riportare anche la dichiarazione di assenza di controindicazioni all'attività di frequenza volontaria)

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, 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 sono le Delibere di Giunta Regionale Umbria n. 10076 del 30/12/1993 e 1215 del 24/02/1994 e il regolamento aziendale approvato con delibera n. 960 del 24/07/2012. Dichiaro di essere edotta/o dei diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del Regolamento - 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 del trattamento, dati di contatto: tel. 075 578 6121 (segreteria) email: formazione@ospedale.perugia.it. Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) Avv. Marco Giuri dati di contatto: tel. 055489464 email: dpo@ospedale.perugia.it

Perugia, ___/___/___

Firma _____
(per esteso e leggibile)

Parte riservata al Direttore della Struttura ospitante, 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

Perugia, ___/___/___

Firma e timbro _____