



**SC Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociosanitarie**  
**Direttore: dr. Alberto Silla**

---

**UFFICIO STAGE**  
Corsi di laurea Convenzioni Enti e  
Università  
[ufficio.stage@asst-cremona.it](mailto:ufficio.stage@asst-cremona.it)

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE A FREQUENTARE LE STRUTTURE AZIENDALI PERCORSO PER LE  
COMPETENZE TRASVERSALI E PER L'ORIENTAMENTO (EX ALTERNANZA SCUOLA-LAVORO)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ e  
residente a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) (c.a.p. \_\_\_\_\_),  
Piazza/Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, recapito  
telefonico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_

chiede di essere autorizzato/a, a frequentare il Servizio/U.O./Ufficio \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ per un totale di ore \_\_\_\_\_

per l'attivazione di un percorso per le competenze trasversali e per l'orientamento (ex alternanza scuola lavoro). A tal fine, consapevole di quanto previsto per chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, dichiara:



## SC Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociosanitarie

Direttore: dr. Alberto Silla

---

■ di essere a conoscenza di quanto stabilito dalla convenzione in essere tra soggetto promotore e soggetto ospitante anche per quanto riguarda i doveri da osservare ed il comportamento da tenere durante lo svolgimento del percorso per le competenze trasversali e per l'orientamento (ex alternanza scuola-lavoro);

■ di essere a conoscenza che i dati contenuti nella presente domanda saranno utilizzati esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione;

■ di assumersi ogni responsabilità, civile, penale e di risarcimento, per eventuali danni a cose persone e strutture cagionati o riconducibili ad azioni e comportamenti tenuti durante lo svolgimento della frequenza;

■ di esonerare, sin d'ora, l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Di Cremona da ogni responsabilità civile e penale per eventuali infortuni, comprese invalidità permanente e morte, o malattie professionali che potrebbero derivare dalla frequenza;

■ di autorizzare l'effettuazione delle misure di medicina preventiva stabilite dai protocolli di sorveglianza sanitaria aziendale.

Allega:

- fotocopia di un documento di identità del/della minore in corso di validità;
- una fototessera a colori
- fotocopia del permesso di soggiorno in corso di validità (se extracomunitario/a).
- certificato vaccinale (comprensivo di vaccinazione Covid 19 fino a nuove disposizioni legislative)  
SOLO se lo stage sarà effettuato nei settori area sanitaria

Data, \_\_\_\_\_

---

(Firma leggibile del richiedente)