



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

**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: _____, esercente la
potestà/tutela

sul/sulla minore _____, nato/a
a

_____ (_____) il ____/____/_____ e
residente a

_____ (Prov. _____) (c.a.p. _____),
Piazza/Via

_____ n. _____, recapito
telefonico:

_____ e-mail: _____, frequentante la
classe

_____ presso _____, chiede di autorizzare
il/la

minore di cui sopra a frequentare il Servizio/U.O./Ufficio



SC Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociosanitarie

Direttore: dr. Alberto Silla

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:

- il/la minore è cittadino/a italiano/a;
- il/la minore è cittadino/a _____;

■ 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 del/della minore 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 del/della minore in corso di validità (se minore 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 dell'esercente la potestà/tutela sul/sulla minore)