



S.C. Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociosanitarie

Direttore: dr. Alberto Silla

Ufficio Protocollo

ASST-Cremona

Viale Concordia 1, 26100 Cremona

protocollo@pec.asst-cremona.it

**OGGETTO: richiesta autorizzazione a frequentare le strutture aziendali
TIROCINIO CURRICULARE**

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____

nato/a _____ il ___/___/_____

e residente a _____ (C.A.P. _____

Piazza/Via _____ n. _____

recapito telefonico: _____ e-mail _____

Iscritto al Corso di studio/Master _____

CHIEDE

di essere autorizzato/a a frequentare il Servizio/U.O./Ufficio

_____ dal ___/___/_____ al ___/___/_____ per un totale di ore _____

A tal fine, consapevole di quanto previsto dall' art. 76 (*Norme penali*) del d.P.R. 28/12/2000, n. 445, per chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, ai sensi degli articoli 46 e 47 dello stesso D.P.R., dichiara (barrare le ipotesi che ricorrono):

- di essere cittadino/a italiano/a;
- di essere cittadino/a _____;
- di non avere procedimenti giudiziari in atto
- di godere del diritto di elettorato attivo e passivo (per gli aventi diritto);
- di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____

conseguito presso _____ il ___/___/_____

di essere iscritto/a nell'albo/ordine della Provincia di _____ al n. _____ dal ___/___/_____

di essere in possesso della seguente qualifica professionale:



S.C. Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociosanitarie

Direttore: dr. Alberto Silla

di essere in possesso del seguente titolo di specializzazione/di abilitazione/di formazione/di aggiornamento/di qualificazione tecnica: _____

conseguito presso _____ il ____/____/_____

- di attenersi alle disposizioni previste dal – Regolamento Europeo sulla Privacy 2016/679., in materia di protezione dei dati personali;
- 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 (2016/679.);
- di sollevare, sin d'ora, codesta Azienda da ogni tipo di responsabilità e rischio derivante dalla frequenza;
- di obbligarsi, in caso di polizze assicurative con scadenze anteriori al termine del periodo di frequenza, a provvedere al rinnovo delle stesse, producendone fotocopia, pena la revoca dell'autorizzazione.

In data, ____/____/_____ (Firma del richiedente) _____

DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE IN FASE ISTRUTTORIA DOPO AUTORIZZAZIONE ALLA FREQUENZA

- fotocopia del titolo di studio tradotto in italiano (se cittadino/a straniero/a);
- fotocopia del documento di identità in corso di validità;
- certificato vaccinale;
- permesso di soggiorno in corso di validità (se cittadino/a extracomunitario/a);
- attestazione formazione generale e specifica in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, ai sensi dell'art. 37 del D.Lgs n° 81 del 09.04.2008
- una fototessera a colori;