

**MODELLO n. 1 RICHIESTA AUTORIZZAZIONE FREQUENZA VOLONTARIA**

**Al Dirigente Struttura Formazione ASL SALERNO**  
**E mail : *formazione @aslsalerno.it***  
**Via Nizza, 146**  
**84124 SALERNO**

**OGGETTO** : richiesta di autorizzazione frequenza volontaria presso l'ASL Salerno

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

acquisito il nulla osta del Direttore del Presidio Ospedaliero/ Distretto/ Dipartimento/ Funzione

Centrale e il parere favorevole del Dirigente Unità Operativa , riportati negli appositi spazi del presente

Modello

**CHIEDE**

di essere autorizzato/a ad accedere in FREQUENZA VOLONTARIA al Presidio Ospedaliero/ Distretto/

Dipartimento/ Funzione Centrale \_\_\_\_\_

U.O \_\_\_\_\_

nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

La presente domanda di FREQUENZA VOLONTARIA è finalizzata all' osservazione delle seguenti attività

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 DPR 445/2000 per le dichiarazioni mendaci e per le ipotesi di falsità in atti

**DICHIARA**

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_) il \_\_\_\_\_
- di essere residente a \_\_\_\_\_  
(*indicare indirizzo, città e CAP*)
- Codice Fiscale \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_
- di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_  
conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- di essere iscritto al seguente Corso di studio \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_
- di aver preso visione del vigente regolamento sulla frequenza volontaria dell'Azienda Sanitaria Locale Salerno e di accettarlo integralmente e senza riserve, e in particolare di essere consapevole che la frequenza volontaria non configura alcun rapporto di lavoro e non dà diritto ad alcun compenso
- di essere informato che i propri dati personali saranno trattati dall'Azienda Sanitaria Locale Salerno ai soli scopi istituzionali legati alla frequenza volontaria e che gli stessi non saranno diffusi o comunicati, salvi i casi previsti dalla normativa

Dichiara, altresì, che al ricevimento di comunicazione di accoglimento della presente istanza stipulerà polizza assicurativa per invalidità permanente o morte conseguente ad infortuni e malattie contratte in occasione della frequenza volontaria. Copia della polizza assicurativa sarà trasmessa alla Struttura Formazione, come da Regolamento dell'ASL Salerno.

Chiede di inviare ogni comunicazione di accoglimento/non accoglimento dell'istanza al seguente recapito e mail :

\_\_\_\_\_

Allega:

- fotocopia di valido documento di identità

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO AL PARERE PREVENTIVO DEL RESPONSABILE DELL'U. O. OSPITANTE**

Si esprime **parere favorevole** alla frequenza del Sig/dott \_\_\_\_\_

Per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, a scopo di osservazione delle seguenti attività \_\_\_\_\_

Si nomina tutor il \_\_\_\_\_

Si esprime **parere sfavorevole** alla frequenza del Sig \_\_\_\_\_

per il seguente motivo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma e timbro del Responsabile UO

\_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO AL NULLA OSTA DEL DIRETTORE DEL PRESIDIO OSPEDALIERO/  
DISTRETTO/DIPARTIMENTO/FUNZIONE CENTRALE OSPITANTE**

- Preso atto del parere favorevole a firma del Responsabile dell'U.O. ospitante ,

**Si esprime Nulla Osta alla frequenza volontaria del Sig/Sig.ra dott./dott.ssa**

\_\_\_\_\_

presso il P.O./ Distretto / Dipartimento/ Funzione Centrale \_\_\_\_\_

U.O \_\_\_\_\_

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

Il Direttore  
( Firma e Timbro)

\_\_\_\_\_