



Unità Operativa Semplice Dipartimentale
Programmazione e Controllo di Gestione
Centro di Controllo Strategico
Formazione, ECM e Tirocini

Schema domanda di frequenza volontaria
(allegato B al Regolamento)

All'U.O. Formazione-ECM-Tirocini
dell'Azienda Sanitaria locale di Matera
via Montescaglioso – 75100 Matera

Oggetto: richiesta di ammissione a frequenza volontaria.

II/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____
codice fiscale _____
residente a _____ CAP _____
in via _____ n. _____
domicilio se diverso dalla residenza _____

Tel./Cell. _____
E-mail _____

CHIEDE

di essere autorizzato/a allo svolgimento di frequenza volontaria gratuita presso la
seguente struttura dell'ASM : _____
in qualità di _____
dal _____ al _____ per massimo n. _____ ore settimanali.

A tal fine, **dichiara**, ai sensi del DPR 445/2000, di

- ☐ essere in possesso del titolo di studio _____
conseguito il _____ presso _____
- ☐ essere in possesso dell'abilitazione professionale, ove prevista, conseguita il _____
- ☐ essere iscritto/a all'albo professionale, ove previsto, dal _____ con numero _____
- ☐ non essere lavoratore dipendente o autonomo o in possesso di partita iva;
- ☐ non svolgere contemporaneamente un tirocinio o altra frequenza volontaria presso
l'Azienda o altre strutture;
- ☐ non essere ex dipendente dell'Azienda;
- ☐ non essere in quiescenza.

Dichiara, altresì, di

- conoscere ed accettare il vigente regolamento aziendale sulle frequenze volontarie;
- impegnarsi a frequentare presso l'ASM il corso di formazione sulla sicurezza di cui al Decreto Lgs. 81/2008 e s.m.i.. della durata massima di sedici ore, articolato in due giornate di massimo otto ore ciascuna ed impartito dal Servizio Prevenzione e Protezione dell'ASM l'ultimo martedì di ogni mese e successivo giovedì, previa comunicazione della frequenza volontaria ventuno giorni prima, unitamente all'eventuale attestato di formazione sulla sicurezza già effettuata, con indicazione dei relativi contenuti;
- impegnarsi a non dare inizio alla frequenza volontaria senza aver prima ottenuto dal Medico competente dell'ASM il giudizio di idoneità;
- aver preso visione e conoscenza del codice etico e di comportamento dell'ASM;
- autorizzare il trattamento dei propri dati personali nel rispetto della normativa sulla privacy di cui al Decreto Lgs. 196/2006 e s.m.i..

Luogo e data _____ Firma _____

Allegati:

- ☐ copia valido documento di riconoscimento;
- ☐ copia autocertificata (ex DPR 445/2000) del titolo professionale richiesto (abilitazione professionale e iscrizione all'albo professionale);
- ☐ curriculum vitae in formato europeo;
- ☐ polizza assicurativa per infortuni e polizza assicurativa per responsabilità civile verso terzi con oneri a proprio carico o copia autocertificata (ex DPR 445/2000);
- ☐ copia autocertificata (ex DPR 445/2000) di attestato di avvenuta frequenza del corso di formazione sulla sicurezza di cui al Decreto Lgs. 81/2008 e s.m.i., con indicazione degli argomenti svolti.

Nulla osta del/dei Responsabile/i di Struttura

Referente aziendale disponibile

Timbro e firma 1. _____

(cognome e nome in stampatello)

2. _____

Firma _____

3. _____

Il Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero

Il Responsabile del Presidio territoriale

Timbro e firma _____

Timbro e firma _____