

**Al Direttore Generale
ASL ROMA 2
Via M. Brighenti, 23 - 00159 Roma**

**Alla U.O.C. FORMAZIONE
Via F. Meda, 35 – 00157 Roma**

Al Direttore /Responsabile _____

Il/la sottoscritto/a _____

- **CHIEDE DI FREQUENTARE**

- **CHIEDE IL RINNOVO**

per il periodo dal _____ al _____

a titolo gratuito a scopo di :

- TIROCINIO obbligatorio per il conseguimento di diploma, abilitazione all'esercizio della professione, specializzazione
- FREQUENZA VOLONTARIA per approfondimento teorico-pratico

A tal fine, consapevole di quanto disposto dall'art.76 del DPR n. 445 del 28/12/2000 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa", nonché della sanzione della decadenza di benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base a una dichiarazione rivelatasi successivamente non veritiera,

Dichiara

- Di essere nato/a _____ Il _____
- Di essere residente a _____ in
via _____ CAP _____

Tel _____ Email _____

- Di non aver riportato condanne penali / di aver riportato condanne penali : _____
- Di essere in possesso del seguente titolo di studio : _____
conseguito presso _____ in
data _____
- Di essere abilitato all'esercizio della professione con esame di Stato sostenuto presso _____
_____ in data _____
- Di aver conseguito diploma di specializzazione in _____
presso _____ in data _____
- Di essere iscritto all'Ordine (Albo/Collegio) Professionale _____
della Provincia di _____ dal _____ al _____ N. _____
- Di essere in possesso di polizza assicurativa per infortuni n. _____ stipulata con la
Compagnia di Assicurazione _____
Agenzia (indicare indirizzo) _____ di _____ La
polizza decorre dal _____ scade il _____
- Che copia/e dei titoli allegata/e alla presente dichiarazione e contraddistinta /e con i numeri da ____
a _____ è/sono conforme/i allo/gli originale/i.

Il/la sottoscritto/a dichiara di accettare tutte le norme contenute nel Regolamento di frequenza, nonché quelle concernenti l'organizzazione del/i Servizio/i frequentato/i, anche ai fini delle norme sulla sicurezza sul lavoro e di esonerare l'Azienda da ogni e qualsiasi responsabilità per danni che potrebbero verificarsi.

Allega alla presente, debitamente sottoscritta, l'informativa relativa alla copertura assicurativa per responsabilità civile verso terzi e per infortuni.

Chiede che ogni comunicazione sia inviata al seguente indirizzo di posta elettronica:

Luogo e data

Firma per esteso e leggibile

IL DIRETTORE DELL'UNITA OPERATIVA COMPLESSA

esprime parere favorevole ed autorizza la frequenza. A tale scopo dichiara che il frequentatore svolgerà le seguenti mansioni:

presso la sede _____

della U.O.C. _____

dal _____ al _____

DICHIARA

In riferimento all'art.4 del Regolamento aziendale per la frequenza presso le strutture della ASL Roma 2

- che è necessario sottoporre a sorveglianza sanitaria ai sensi del D.lgs. n.81/2008 il frequentatore in quanto esposto a rischi contemplati dalla normativa vigente;
- che è necessario sottoporre a sorveglianza sanitaria per i rischi relativi alle radiazioni ionizzanti D.lgs. n.187/2000 in quanto esposto a rischi contemplati nella normativa;
- che non è necessario sottoporre il frequentatore a sorveglianza sanitaria e/o a visita per i rischi relativi alle radiazioni ionizzanti, poiché non sono presenti rischi specifici contemplati dalla normativa vigente (D.lgs. n.81/2008 e D.lgs. n. 187/2000);
- che rientra nei limiti della metà della dotazione organica del personale (in riferimento al disposto dell'art.2 del Regolamento aziendale);
- che è nominato Tutor aziendale disponibile a seguire il frequentatore

Firma e timbro del Coordinatore convenzioni U.O.C.

Firma del Direttore U.O.C.

Roma,