

Al Direttore Sanitario Aziendale  
Al Direttore della Formazione  
Azienda Sanitaria Provinciale di  
Vibo Valentia

OGGETTO: Domanda autorizzazione frequenza volontaria.

- Area Sanitaria/Amministrativa/Professionale/Tecnica  
 Area Assistenza Sociale  
 Area Infermieristica

Il/la Sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il .../.../..... e residente a .....  
in Via .....n°....., Tel. ....../..... Cell. .......,  
Diplomato/a  Laureato/a   
Altro (specificare) .....  
in.....presso.....  
.....

**Chiede**

- L'autorizzazione a frequentare, in qualità di osservatore teorico- pratico, 1  
.....  
.....

Alla presente allega:

- polizza assicurativa di responsabilità civile verso terzi;
- fotocopia del titolo di studio;
- fotocopia dell'iscrizione all'albo e/o all'ordine, ove richiesto;
- Fotocopia della carta d'identità.

In caso di accoglimento della domanda, **dichiara** di esonerare l'Azienda e i suoi dipendenti da ogni responsabilità derivante dalla frequenza in questione.

**Dichiara**, inoltre che:

1. L'accesso a documentazione e a notizie avverrà per il solo fine didattico previsto dal responsabile Aziendale
2. è tenuto al rispetto dei diritti di privacy ed al segreto d'ufficio;
3. che i suoi dati personali sono utilizzabili dall'Azienda Sanitaria per la gestione della frequenza volontaria, per fini di studio e statistica;
4. di essere consapevole che la frequenza volontaria non configura rapporto di lavoro e non dà diritto ad alcun compenso;
5. di essere consapevole che la frequenza potrà avere inizio dopo il perfezionamento della documentazione prevista nonché la consegna della polizza per responsabilità civile verso terzi, per rischi derivanti dallo svolgimento delle attività inerenti alla frequenza volontaria.

Addì, .....

.....  
Firma

Il Direttore/Responsabile U.O.  
\_\_\_\_\_

Visto : Nulla osta  
Il Direttore Sanitario Aziendale  
\_\_\_\_\_