

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE A FREQUENTARE LE STRUTTURE AZIENDALI
TIROCINIO**

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ (_____) il ____/____/_____
e residente a _____ (Prov. _____) (c.a.p. _____),
Piazza/Via _____ n. _____,
recapito telefonico: _____ e-mail: _____,
chiede di essere autorizzato/a a frequentare _____
dal ____/____/_____ al ____/____/_____, per:

- tirocinio formativo, in quanto iscritto/a al ____ anno del corso di studi _____
_____ presso _____ (soggetto promotore);
- tirocinio professionalizzante (_____) _____
promosso da _____;
- tirocinio transnazionale promosso da _____.

A tal fine, consapevole di quanto previsto per chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, dichiara:

- di essere cittadino/a italiano/a;
- di essere cittadino/a _____;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____
conseguito presso _____ il ____/____/_____;
- di essere in possesso della seguente qualifica professionale: _____
conseguita presso _____ il ____/____/_____;
- di essere a conoscenza di quanto previsto dalla legislazione in materia di protezione dei dati personali;
- di essere a conoscenza di quanto stabilito dal Regolamento aziendale in materia di tirocinio;
- di essere a conoscenza di quanto stabilito dalla convenzione in essere tra il soggetto promotore e l'Azienda, anche per quanto riguarda i doveri da osservare ed il comportamento da tenere durante la frequenza;
- 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;

- di assumersi ogni responsabilità, civile, penale e di risarcimento, per eventuali danni a cose, persone e strutture direttamente cagionati o riconducibili ad azioni e comportamenti tenuti durante lo svolgimento della frequenza;
- di esonerare, sin d'ora, l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale degli Spedali Civili da ogni responsabilità civile e penale per eventuali infortuni, comprese invalidità permanente e morte, o malattie professionali che potrebbero derivare dalla frequenza;
- di sottoporsi alle misure di medicina preventiva stabilite dai protocolli di sorveglianza sanitaria aziendale.

Allega:

- fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
- fotocopia del permesso di soggiorno in corso di validità (*se istante extracomunitario*);

Data, _____

_____ (firma leggibile)

Spazio riservato al parere del Direttore/Dirigente/Responsabile della struttura che si intende frequentare (da acquisire a cura dell'istante)

In relazione alla su estesa istanza, il sottoscritto/a _____, Direttore/Dirigente/Responsabile _____ esprime parere favorevole alla frequenza ed individua il Tutor Aziendale nella persona di _____.

Il/La frequentante avrà / non avrà accesso alle zone controllate/sorvegliate ai fini della radioprotezione.

Data _____

Il Tutor Aziendale

Il Direttore/Dirigente/Responsabile

_____ (timbro e firma leggibile)

_____ (timbro e firma leggibile)