

Prot. n.                    del

Al Direttore Generale  
A.O.R.N Santobono-Pausilipon  
Via della Croce Rossa, 8  
80122 NAPOLI

Il/La sottoscritt\_.....  
nata a ..... il .....  
domiciliat\_ in ..... Via ..... CAP.....  
Tel..... Cell.....  
Titolo di studio .....  
Abilitazione.....  
e-mail.....

**CHIEDE**

di essere ammess\_ a frequentare l'Unità Operativa.....  
del Presidio Ospedaliero .....  
ai fini di:  **Tirocinio obbligatorio**     **Volontariato**

Il/La sottoscritt\_ si impegna a presentare, all'atto dell'inizio del periodo di frequenza, copia della polizza assicurativa stipulata al fine di coprire i danni alla propria persona, ivi compresi infortuni e malattie professionali.

Il/La sottoscritt\_ si impegna, inoltre, a rispettare la norma regolamentare stabilita dall'Azienda di cui il/la sottoscritt\_ verrà res\_ edott\_ all'atto dell'ammissione alla frequenza.

Il/La sottoscritt\_ dichiara di aver preso visione dell'informativa privacy ex art 13 del regolamento UE n. 679/2016 – GDPR pubblicato sul sito web aziendale, sezione Privacy e di dare il consenso al trattamento dei dati.

**N.B.: la decorrenza della frequenza è vincolata a preventiva autorizzazione.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Con osservanza

N.O.  
Il Direttore dell'Unità Operativa

N.O.  
Il Direttore Sanitario del P.O.

N.O.  
**Tutor**



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritt\_ ....., ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 per il caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti,

**DICHIARA**

1. di essere nat\_ a ..... il .....  
codice fiscale .....
2. di risiedere in ..... alla via.....;
3. di essere in possesso della cittadinanza italiana (o requisito sostitutivo);
4. di essere iscritt\_ nelle liste elettorali del Comune di .....  
(ovvero i motivi della non iscrizione o cancellazione dalla liste.....);
5. di non aver riportato condanne penali né di aver procedimenti penali in corso (ovvero di avere riportato le seguenti condanne penali per .....);
6. di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:
  - licenza media .....
  - laurea/diploma in .....  
conseguita/o il ..... presso .....
  - qualifica di .....  
conseguita a ..... il ..... presso .....
7. di dare il consenso al trattamento dei dati personali (D.Lgs. n.196/03).

**N.B.: accertarsi di non lasciare spazi vuoti, ovvero di aver barrato gli spazi non di interesse**

Allega fotocopia di documento di identità.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R 445/2000 s.m.i., la presente dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta ed inviata unitamente alla fotocopia firmata – non autenticata – di un documento d'identità del dichiarante all'ufficio competente. Il trattamento dei dati riportati avverrà nel rispetto del D.Lgs 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”. I dati forniti saranno trattati secondo le vigenti disposizioni di legge per le sole finalità del procedimento per il quale sono richiesti ed utilizzati esclusivamente per tali scopi.

**ESAMI CLINICI**

Markers Epatite B e C

HIV

Emocromo

Transaminasi