

Prot. n. del

Al Direttore Generale
A.O.R.N Santobono-Pausilipon
Via Teresa Ravaschieri, 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