

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE A FREQUENTARE LE STRUTTURE AZIENDALI  
FREQUENZA VOLONTARIA**

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 frequenza volontaria:

- a fini di formazione o aggiornamento;
- per compilazione della tesi di laurea.

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 del seguente titolo di specializzazione: \_\_\_\_\_  
conseguito presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_;
- di essere iscritto/a nell'albo/elenco/ordine \_\_\_\_\_  
della Provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_;
- 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 frequenza volontaria;
- 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 obbligarsi, in caso di polizze assicurative con scadenza anteriore al termine del periodo di frequenza, a provvedere al tempestivo rinnovo delle stesse, producendone copia, pena la revoca dell'autorizzazione;
- 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*);
- fotocopia del titolo di studio tradotto in lingua italiana o inglese (*se istante non italiano*);
- fotocopia della polizza assicurativa per responsabilità civile verso terzi, compresi eventuali danni arrecati ai beni dell'Azienda;
- fotocopia della polizza assicurativa per infortuni, comprese invalidità permanente e morte.

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 dell'U.O. \_\_\_\_\_  
esprime parere favorevole alla frequenza.

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

Data \_\_\_\_\_

Il Direttore/Dirigente/Responsabile

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma leggibile)