

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Fatebenefratelli Sacco	SC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE	IDR_ASST_GSRU_34 Rev. 02 del 23/10/2025 Pagina 1 / 3
	DOMANDA DI FREQUENZA VOLONTARIA	

SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane

Ufficio Tirocini

per e-mail

Il/La sottoscritto/a

Nome

Cognome

CHIEDE

Di essere ammesso a frequentare presso:

Indicare il presidio ospedaliero o polo territoriale:

☐ Fatebenefratelli e Oftalmico ☐ L. Sacco ☐ V. Buzzi ☐ Macedonio Melloni ☐ Polo Territoriale

Indicare nome e indirizzo del reparto/sede territoriale che si intende frequentare:

Indicare il periodo:

dal _____ al _____

n. ore _____

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali così come stabilito dall'articolo 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

Data di nascita

Comune di nascita

Cittadinanza

Codice fiscale

Comune di residenza:

Indirizzo di residenza:

Comune di domicilio (solo se diverso dalla residenza):

Indirizzo domicilio:

**DOMANDA DI FREQUENZA VOLONTARIA**

Telefono _____

Email _____

Titolo di studio: _____

Abilitazione: _____

Specializzazione: _____

Iscrizione all'albo professionale (ove prevista):

data _____ numero _____

☐ **di non avere altri rapporti di lavoro o di tirocinio con l'Azienda;**☐ di non aver riportato condanne penali o sentenze di applicazione della pena ai sensi dell'art. 444 c.p.p. né di essere a conoscenza di procedimenti penali in corso a proprio carico☐ di aver riportato le seguenti condanne penali o sentenze di applicazione della pena ai sensi dell'art. 444 c.p.p., o di essere a conoscenza dei seguenti procedimenti penali in corso a proprio carico:☐ di aver preso visione del Regolamento aziendale pubblicato sul sito internet e di accettare, senza riserve, ogni sua prescrizione e condizione;☐ che in caso di accoglimento della presente domanda, la frequenza viene prestata interamente a titolo gratuito e che la stessa non costituirà rapporto di impiego né prefigura titolo, diritto o aspettativa di qualsivoglia genere di impiego;☐ di riconoscere che non avrà alcun obbligo di servizio, né di orario, né di dipendenza, non potendo essere impegnato in attività che comportino autonomia decisionale, sostituzione del personale dipendente o spendita del nome aziendale;☐ di manlevare l'ASST da ogni responsabilità derivante dalla frequenza della struttura.**Allega alla presente richiesta (DA PRESENTARE ALMENO 30 PRIMA DELL'INIZIO DELLA FREQUENZA):**

- copia delle polizze assicurative, vigenti per il periodo della frequenza, a copertura degli eventuali danni causati a Terzi, compresa all'Azienda stessa, per morte, per lesioni personali e per danni a cose, in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione all'attività svolta e per gli eventuali infortuni previste nel sopra citato Regolamento;
- copia fronte/retro di un proprio documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale;

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Fatebenefratelli Sacco	SC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE	IDR_ASST_GSRU_34 Rev. 02 del 23/10/2025 Pagina 3 / 3
	DOMANDA DI FREQUENZA VOLONTARIA	

- copia attestato di partecipazione al corso sulla sicurezza in ambienti di lavoro ai sensi del D.lgs. 81/2008 (modulo generale – 4 ore).

*Infine, il sottoscritto dichiara di essere consapevole che **la frequenza avrà inizio solo dopo la ricezione della comunicazione (tramite e-mail) da parte della SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane – Ufficio tirocini e l'attivazione del badge di rilevazione della presenza all'interno dell'Azienda.***

Ai sensi e per gli effetti del Regolamento Generale Protezione Dati UE del 27 aprile 2016 n. 679 e de D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", il sottoscritto dichiara di essere informato, che i propri dati personali, anche giudiziari, saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per cui presta il consenso al trattamento.

Luogo e data _____ Firma _____
(autografa del richiedente)

La documentazione sanitaria deve essere trasmessa ESCLUSIVAMENTE al Servizio di Medicina Preventiva/Medicina del Lavoro/Servizio Medico Competente.

Sezione riservata all'Azienda

VISTA LA RICHIESTA, ESPRIMONO PARERE FAVOREVOLE

DIRETTORE SC OSPITANTE

DIRETTORE DAPSS

(Timbro e firma)

(Timbro e firma)

MEDICO COMPETENTE

(Timbro e firma)

DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO

(Timbro e firma)