

**MODULO DOMANDA
DI FREQUENZA VOLONTARIA**

Mod. all. 1

**Al Sig. Direttore Generale
Azienda Ospedaliera
Fatebenefratelli e Oftalmico
C.so di Porta Nuova, 23
20121 MILANO (MI)**

Il/La sottoscritto
nato a il/...../..... e residente in
via.....n., tel. cell.

in possesso del seguente titolo di studio

iscritto all'Albo Professionale

avendo preso visione del regolamento dell'A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico che regola la materia e accettandone ogni sua parte, chiede di essere autorizzato alla frequenza dal _____ al _____ in qualità di _____ presso la U.O. _____ del Presidio:

Fatebenefratelli e Oftalmico

Macedonio Melloni

C.P.S. _____

U.O.N.P.I.A. _____

Il richiedente, a completamento della domanda, dichiara:

- di esonerare l'amministrazione da ogni responsabilità derivanti dalla frequenza della struttura;
- di accettare e rispettare tutte le norme contenute nel regolamento nonché le norme concernenti l'organizzazione del reparto o settore interessato presso il quale è richiesta la frequenza.
- di riconoscere che la propria attività è e resterà a titolo interamente gratuito, non costituisce rapporto di impiego nè prefigura titolo, diritto o aspettativa di qualsivoglia genere di impiego.
- di non aver riportato condanne penali né avere carichi pendenti in atto
- dichiarazione di eventuali condanne penali riportate _____.

Allega:

1. copia delle polizze assicurative relative alla copertura di responsabilità civile e di infortunio,
2. eventuale certificazione di iscrizione all'albo di data non antecedente a più di tre mesi rispetto a quella della domanda;

Milano, _____

(Firma del richiedente)

IL DIRETTORE DELL'U.O.

IL DIRETTORE DI PRESIDIO o

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

SI AUTORIZZA:

per IL DIRETTORE GENERALE
Il Responsabile dell'U.O. AA.GG. e Legali

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

I dati personali raccolti sono necessari per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente in quanto prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti. Tali dati saranno trattati in forma cartacea e informatizzata, dai soli soggetti autorizzati, nell'osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal citato decreto. Per l'esercizio dei propri diritti potrà rivolgersi al Titolare del trattamento che è l'Azienda Ospedaliera "Fatebenefratelli e Oftalmico", con sede in Corso di Porta Nuova 23 – Milano.

La frequenza avrà inizio solo dopo il rilascio dell'autorizzazione.