REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

DOMANDA DI AMMISSIONE AL TIROCINIO DI ADATTAMENTO

Al Direttore Generale
Azienda Ospedaliera "S. Anna e S. Sebastiano"
Via Palasciano
81100 Caserta

Il/La sottoscritto/a_____
Nata/o a_____il_____/_____/_____c.f._____
Residente a _____Via/Piazza_____n°_____
Indirizzo _____
email_____cellulare/tel_____

DICHIARA

- di aver preso visione del Regolamento dell'Azienda ospedaliera "S. Anna e S. Sebastiano" di Caserta, che disciplina la Frequenza volontaria /Tirocinio approvato con Delibera del direttore Generale n°_____ del _____e di accettare e rispettare tutte le norme in esso contenute;
- di essere in possesso del seguente TITOLO di STUDIO:

_____

conseguito in data _____rilasciato da _____

- di aver preso atto che, ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 196/03, i dati personali forniti dal sottoscritto verranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla gestione del rapporto di frequenza;

CHIEDE

di essere ammessa/o al **tirocinio di adattamento** presso
l'U.O. (1) di _____
e l'U.O (2) di _____
per il periodo dal _____al _____
chiede, inoltre che ogni comunicazione relativa alla presente richiesta possa essere inoltrata all'indirizzo:
Via_____ (_____) n° _____

ALLEGA

1. Copia conforme titolo di studio conseguito all'estero;
2. Traduzione autentica del Titolo di studio;
3. Copia documento di riconoscimento in corso di validità;
4. Certificazione di Idoneità rilasciato dal Medico Competente (certificazione a cui provvederà l'Azienda stessa).

Il richiedente espressamente dichiara quanto segue:

- √ di riconoscere che la propria attività è, e resterà a titolo interamente gratuito, la stessa non costituisce rapporto di impiego, né prefigura titolo, diritto o aspettativa di qualsivoglia genere di impiego;
- √ di esonerare l'Azienda da ogni responsabilità derivante dalla frequenza della struttura;
- √ di essere disponibile a sottoporsi alle misure di profilassi di Legge;
- √ di essere informato in materia di prevenzione dei rischi ed infortuni sul lavoro ed in materia di rispetto della privacy;
- √ di impegnarsi ad osservare gli orari concordati con il Direttore/Responsabile dell'U.O ospitante e con il tutor al quale si verrà affidati, seguendo altresì le direttive impartite dallo stesso per il migliore svolgimento delle attività;
- √ di non aver riportato condanne penali, né avere carichi pendenti in atto;
- √ dichiarazione di eventuali condanne penali riportate_____;
- √ di ☐ essere DIPENDENTE di codesta Azienda in qualità di _____;
- √ di ☐ non essere DIPENDENTE di codesta Azienda;
- ▪ di indossare una divisa, NON fornita da questa Azienda, le cui caratteristiche saranno concordate con il Direttore/Responsabile della U.O. ospitante;
- ▪ di dotarsi di cartellino di riconoscimento con propria foto, nome, cognome e la dicitura "TIROCINANTE" e di apporre tale cartellino sulla divisa o sugli abiti ben visibile al pubblico;
- √ di impegnarsi (per i dipendenti) ad effettuare il tirocinio al di fuori dell'orario di servizio.

DATA_____

FIRMA del RICHIEDENTE

_____

Parere del Direttore/Responsabile dell'U.O. ospitante (1) ☐ AUTORIZZA ☐ NON AUTORIZZA

Obbligatorio: nome e cognome del Tutor_____

Timbro e Firma

Parere del Direttore/Responsabile dell'U.O. ospitante (1) ☐ AUTORIZZA ☐ NON AUTORIZZA

Obbligatorio: nome e cognome del Tutor_____

Timbro e Firma

Timbro e Firma Direttore di Dipartimento

_____

UOC Epidemiologia, Qualità,
Performance e Flussi Informativi

La presente richiesta ha durata di mesi due – farà fede la data di protocollo – decorso tali mesi, in assenza di provvedimento formale di autorizzazione dovuta a qualunque causa, perde di validità e deve essere, se ritenuto dall'istante e a sua cura, rinnovata.
L'istante avrà cura di seguire in prima persona l'iter autorizzativo della presente richiesta.