

Modulo 1 – tirocini OSS

Numero Corso ID _____ Ente di formazione _____

Al Direttore Sanitario
ASP 1 Agrigento

Il/La _____ sottoscritto/a _____ nato/a _____ a _____

Il _____ domiciliato/a _____ in _____ Via _____

n. _____ CAP _____ Telefono/Cell. _____ E _____

mail _____

Codice Fiscale _____

chiede alla S.V.

di essere autorizzato/a a frequentare, a titolo di tirocinio curriculare, senza alcun obbligo di retribuzione da parte di codesta Azienda Ospedaliera e sollevando l'Amministrazione da qualunque responsabilità connessa al periodo di frequenza, la U.O. di _____ del P.O. _____ per un periodo di ore _____.

Il/La sottoscritto/a _____ consapevole che nell'ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si applicheranno le sanzioni penali previste all'art.76 del DPR 445/00, sotto la propria responsabilità civile e penale, dichiara di avere preso visione e di accettare tutte le norme contenute nel "Regolamento per lo svolgimento dei tirocini e delle frequenze volontarie presso le strutture dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento"

Allega alla presente:

- ☐ documento di identità;
- ☐ progetto formativo;
- ☐ modulo di autorizzazione al trattamento dei dati personali;
- ☐ nota informativa in materia di prevenzione e protezione nei luoghi di lavoro.

Palermo, lì _____

Firma del richiedente

Firma e timbro del
Responsabile Attività Infermieristiche

Vista l'istanza presentata dal discente, si esprime parere favorevole.

Timbro e firma del
DIRETTORE SANITARIO
