

NB. INDICARE LA SEDE PRESSO CUI VIENE CONSEGNATA LA DOMANDA DI FREQUENZA:
FOLIGNO PER FOLIGNO-SPOLETO-NORCIA-CASCIA
O **TERNI** PER TERNI-ORVIETO-NARNI-AMELIA

- ◇ **Al Servizio Formazione
USL UMBRIA 2 – SEDE DI FOLIGNO**
“Le Scale” di Porta Romana – Scala C – Piano IV
Viale Chiavellati - 06034 - Foligno (PG)

- ◇ **Al Servizio Formazione
USL UMBRIA 2 – SEDE DI TERNI**
Viale Bramante n. 37 - 05100 - Terni

Oggetto: Richiesta di autorizzazione ad effettuare una frequenza volontaria.

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il
residente a
via cap
telefono e-mail

interessato/a a completare la propria formazione e preparazione professionale nella disciplina o area o profilo di:
.....
chiede di essere ammesso alla frequenza volontaria della struttura/U.O./servizio:

A tale scopo, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, dichiara:
di essere in possesso del titolo e/o abilitazione professionale di
di essere iscritto all'albo/collegio/ordine
di non aver riportato condanne penali.

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione e di conoscere le informazioni di cui all'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016 del Parlamento Europeo e del Consiglio (G.D.P.R.) in materia di protezione dei dati personali, che l'Azienda USL Umbria 2, nella sua qualità di titolare del trattamento, mette a disposizione nel proprio sito web aziendale all'indirizzo internet <http://www.uslumbria2.it/pagine/privacy-000>.

Dichiara infine di aver preso visione del “Regolamento per la frequenza volontaria nei servizi e presidi dell'Azienda U.S.L. Umbria 2” e di accettarlo in toto incondizionatamente.

Allega alla presente, come da Regolamento:

- copia e quietanza delle polizze assicurative;
- copia di documento d'identità in corso di validità;
- copia sottoscritta per presa visione della scheda “Informazioni sui rischi presenti nei luoghi di lavoro dell'Azienda U.S.L. Umbria 2”;
- se cittadino straniero, copia del permesso di soggiorno in corso di validità ed equiparazione del titolo di studio.

DATA _____

FIRMA _____

Parere del Dirigente/Responsabile della struttura/U.O./servizio ospitante

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa

Dirigente/Responsabile della struttura/U.O./servizio ospitante

esprime **PARERE FAVOREVOLE** alla presente richiesta.

DATA _____

FIRMA _____

Nomina quale supervisore il/la Dr./Dr.ssa

FIRMA PER ACCETTAZIONE DEL SUPERVISORE _____

Il DELEGATO DI FUNZIONE PER LA SICUREZZA DR./DR.SSA

VISTO, ATTESTA IL NULLA-OSTA

DATA _____

FIRMA _____

PRESCRIZIONI E CONDIZIONI PER ESSERE AMMESSI ALLA FREQUENZA VOLONTARIA

Acquisiti il parere favorevole del Dirigente/Responsabile della struttura/U.O./servizio ospitante, l'accettazione del supervisore ed il nulla-osta del Delegato di Funzione per la sicurezza, affinché la frequenza possa essere autorizzata, il richiedente dovrà presentarsi presso il Servizio del Medico Competente: per l'area nord (Foligno-Spoleto-Valnerina) tel. 07423397315 - 07423397316 o per l'area sud (Terni-Orvieto-Narni-Amelia) tel. 0744204010 – 0744204036, per la trasmissione al Servizio Formazione del certificato di idoneità alla mansione ove previsto o della dichiarazione di esonero dalla sorveglianza sanitaria, sulla base della normativa vigente.

Per presa visione ed accettazione di tutte le condizioni

DATA _____

FIRMA _____