



Ufficio incaricato
SOC Reclutamento e trattamento giuridico
Risorse umane
c/o padiglione 10 - 3° piano
Presidio Ospedaliero Univ. SMM -
p.le Santa Maria della Misericordia, 11 - 33100 Udine
(+39) 0432 559709 (int. 5709). 554271 (int. 4271)
margherita.menichincheri@asufc.sanita.fvg.it
monica.gallus@asufc.sanita.fvg.it

Al Direttore Generale
dell'Azienda Sanitaria Universitaria
Friuli Centrale
Via Pozzuolo, 330
33100 UDINE

**RICHIESTA DI FREQUENZA PER DIPENDENTI INVIATI
DA ALTRE AZIENDE SANITARIE O ALTRI ENTI**

denominazione Azienda Sanitaria/Ente di provenienza

chiede l'autorizzazione alla frequenza esclusivamente osservazionale per il/la dipendente

Cognome e Nome _____

Codice Fiscale																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Presso SOC/SOSD (indicare nome Struttura): _____

Specificare sede di:

<input type="checkbox"/> P.O.U. SMM di Udine	<input type="checkbox"/> IMFR Gervasutta di Udine	<input type="checkbox"/> P.O. Latisana e Palmanova
<input type="checkbox"/> P.O. San Daniele e Tolmezzo	<input type="checkbox"/> P.O. per la Salute di Gemona	
<input type="checkbox"/> Dipartimento del Farmaco – sede di		
<input type="checkbox"/> Dipartimento delle Dipendenze e Salute mentale – sede di		
<input type="checkbox"/> Dipartimento di Prevenzione – sede di		
<input type="checkbox"/> Distretto sociosanitario sede di		

(Udine, Cividale, Tarcento, Tolmezzo, Gemona del Friuli, San Daniele, Codroipo, Palmanova, Latisana)

Per il periodo dal _____ al _____

in servizio presso l'Azienda Sanitaria/Altro Ente dal _____ con il seguente profilo professionale:

interessato/a a completare la propria formazione e preparazione professionale nella disciplina/area/profilo di:

per aggiornamento/approfondimento/conseguimento dei seguenti obiettivi:

Coperture assicurative garantite al dipendente durante tutto il periodo della frequenza

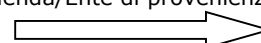
- posizione assicurativa INAIL _____

- posizione assicurativa Responsabilità civile _____

Luogo e data _____

Timbro e Firma del rappresentante legale dell'Azienda/Ente di provenienza

Compilazione della pagina successiva a cura dell'interessato/a



DICHIARAZIONE A CURA DEL DIPENDENTE

Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa", consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

Il/La sottoscritto (Cognome Nome) _____

dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:

Dati anagrafici

Luogo di nascita _____ data di nascita _____

Residenza: Via _____ n. _____ cap. _____

Città _____

Tel. Cell. _____ e-mail _____

Titoli di studio posseduti

Laurea Magistrale/Laurea triennale in _____

conseguito presso l'Università degli Studi di _____;

Abilitazione alla professione di _____

conseguito presso l'Università degli Studi di _____;

Diploma di specializzazione in _____

conseguito presso l'Università degli Studi di _____;

Iscrizione all'Ordine/Collegio _____

della Provincia di _____ dal _____ con il n. _____

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di essere a conoscenza che la frequenza non costituisce instaurazione di rapporto di impiego né prefigura titolo o diritto a qualsivoglia genere di impiego;
- di rispettare tutti i regolamenti e le procedure per l'accesso e frequenza di personale non dipendente a vario titolo in ASU FC.
- autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm..

Allegati obbligatori:

1. copia di un documento di identità in corso di validità,

2. Certificazione di idoneità sanitaria

3. documentazione vaccinale per epatite b, parotite, morbillo, varicella-zoster, rosolia: copia del libretto delle vaccinazioni o relativo certificato. Se non si è stati sottoposti alla vaccinazione per la relativa malattia, sierologia per epatite b, parotite, morbillo, varicella-zoster, rosolia;

4. Test di Mantoux o quantiferon (eseguito negli ultimi 12 mesi),

5. copia dell'attestato di superamento del Corso di formazione generale sulla sicurezza (durata quattro ore), come previsto dalla normativa in materia di igiene e sicurezza sul lavoro ai sensi del D.lgs n. 81/2008,

6. Attestato di formazione specifica per i lavoratori delle Aziende ad alto rischio - durata 12 ore,

7. Curriculum formativo e professionale in formato europeo.

Luogo e data _____ Firma del dipendente _____