Alla cortese attenzione
MultiMedica SPA
TRASMESSA A MEZZO Mail: tirocini@multimedica.it

Luogo e data _____

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ (_____) il ____/____/_____
e residente a _____ (Prov. _____) (c.a.p. _____),
Piazza/Via _____ n. _____,
recapito telefonico: _____ e-mail: _____,
chiede di essere autorizzato/a a frequentare volontariamente ai soli fini di studio, formazione e aggiornamento e ricerca:
SEDE: _____
UO/SERVIZIO/UFFICIO: _____
dal ____/____/_____ al ____/____/_____ (per un massimo di 6 mesi) chiede di avere come professionista di riferimento il Prof. /Dr. _____

A tal fine, 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. n. 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità e con finalità di dichiarazioni sostitutive di certificazioni (art. 46 del D.P.R. n. 445/2000) o di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (art. 47 del D.P.R. n. 445/2000),

dichiara:

- ❑ di essere cittadino/a italiano/a;
- ❑ di essere cittadino/a _____;
- ❑ di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____ conseguito presso _____ il ____/____/_____;
- ❑ di essere in possesso del seguente titolo di specializzazione: _____ conseguito presso _____ il ____/____/_____;

nel caso il titolo di studio/specializzazione sia conseguito all'estero si legga la pagina successiva con i relativi documenti da presentare*.

- ❑ di essere iscritto/a nell'albo/elenco/ordine _____ della Provincia di _____ al n. _____ dal ____/____/_____;
- ❑ di essere in possesso della seguente qualifica professionale: _____ conseguita presso _____ il ____/____/_____;
- ❑ di essere a conoscenza di quanto previsto dalla legislazione in materia di protezione dei dati personali;
- ❑ 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/essere stato già frequentatore di MultiMedica SpA nel periodo dal _____ al _____ presso _____

Dichiara altresì:

1. di assumersi ogni responsabilità, civile, penale e di risarcimento, per eventuali danni a cose, persone e strutture direttamente cagionati o riconducibili ad azioni e comportamenti tenuti durante lo svolgimento della frequenza;
2. di esonerare, sin d'ora, la società MultiMedica SpA da ogni responsabilità civile e penale per eventuali infortuni, comprese invalidità permanente e morte, o malattie professionali che potrebbero derivare dalla frequenza;
3. di obbligarsi, in caso di polizze assicurative con scadenza anteriore al termine del periodo di frequenza, a provvedere al tempestivo rinnovo delle stesse, producendone copia, pena la revoca dell'autorizzazione;
4. di sottoporsi alle misure di medicina preventiva stabilite dai protocolli di sorveglianza sanitaria aziendale.

Dichiara inoltre:

1. di essere a conoscenza che l'ammissione alla frequenza avviene al solo scopo di acquisire conoscenze professionali e non dovrà comportare rallentamento e/o intralcio alla normale attività del servizio;
2. di impegnarsi a prendere visione e ottemperare alle disposizioni contenute nei Modello Organizzativo 231 – Parte Generale e Codice Etico di cui MM si è dotata, reperibili sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione trasparente";
3. di impegnarsi a prendere visione della procedura interna "PR-PERS-010 - Procedura per lo svolgimento di frequenze volontarie e frequenze ad altro titolo presso strutture aziendali", che disciplina le frequenze volontarie presso MultiMedica SpA, e a conformarsi alle disposizioni ivi contenute;
4. di esonerare MultiMedica SpA da qualsiasi responsabilità conseguente alla frequenza per atti commessi con dolo o colpa grave;
5. di aver letto e compreso il presente documento accettandone integralmente il contenuto.
6. Di autorizzare l'uso dei dati personali e delle informazioni richieste - ai sensi del Regolamento U.E. n. 2016/679 e del D.lgs. 30.06.2003, n. 196 così come modificato e integrato dal D.lgs. 10.08.2018, n. 101 - per le necessità derivanti della gestione della presente richiesta.

Documentazione obbligatoria da trasmettere prima dell'inizio della frequenza:

- ❑ fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
- ❑ fotocopia del permesso di soggiorno in corso di validità (se istante extracomunitario);
- ❑ fotocopia del titolo di studio tradotto in lingua italiana o inglese (se istante non italiano);
- ❑ fotocopia della polizza assicurativa per responsabilità civile verso terzi, compresi eventuali danni arrecati ai beni dell'Azienda;
- ❑ fotocopia della polizza assicurativa per infortuni, comprese invalidità permanente e morte;
- ❑ copia aggiornata del proprio Curriculum Vitae.

Nel caso il titolo di laurea e l'eventuale abilitazione per l'esercizio della professione siano stati conseguiti all'estero è necessario allegare:

a) se conseguiti in un Paese membro dell'Unione europea: il Good Standing Certificate (Certificato di onorabilità professionale), rilasciato dall'autorità competente del Paese nel quale è stato conseguito il titolo;

OPPURE

b) se conseguiti in un Paese non appartenente all'Unione europea: il Decreto di riconoscimento rilasciato dal Ministero della Salute italiano e la successiva iscrizione all'Ordine professionale.
Tale decreto di riconoscimento è necessario anche nel caso in cui il titolo sia già stato riconosciuto in un altro Paese dell'Unione Europea.
Maggiori informazioni sono disponibili sul sito del Ministero della Salute http://www.salute.gov.it

Data, _____ _____

(firma leggibile)

PARTE RISERVATA ALLA STRUTTURA

Data presa in carico della richiesta: _____

Ambito del tirocinio	**Data e Firma per approvazione del Responsabile U.O/Servizio/Ufficio**	**Data Firma per approvazione della Direzione Sanitaria/Risorse Umane**	**Firma**
AMBITO AMMINISTRATIVO			
AMBITO MEDICO			
AMBITO PROFESSIONI SANITARIE			
AMBITO _____			

Spazio riservato al parere del Direttore/Dirigente/Responsabile della struttura che si intende frequentare.

In relazione alla su estesa istanza, il sottoscritto/a _____,
Direttore/Dirigente/Responsabile dell'U.O. _____ esprime parere favorevole alla frequenza.

Data _____

Il Direttore/Dirigente/Responsabile

_____

(timbro e firma leggibile)