

**(Schema di domanda)**

**AL DIRETTORE  
DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_

dipendente presso <sup>(1)</sup> con qualifica di \_\_\_\_\_

vista la regolamentazione delle frequenze volontarie vigente presso questa Azienda USL, inoltra domanda per svolgere frequenza volontaria con qualifica di \_\_\_\_\_

presso l'Unità Operativa/Servizio di: \_\_\_\_\_ dell'ambito di Forlì,

nel periodo \_\_\_\_\_

per un impegno orario pari a \_\_\_\_\_

**Dichiara:**

- di accettare senza riserve il regolamento delle frequenze volontarie approvato con Direttiva della Direzione Generale dell'ex Azienda Usl di Forlì prot. n. 0.40618/C11 del 2/10/00.
- di assumersi ogni rischio derivante dalla frequenza presso l'Unità Operativa/Servizio prescelto e di esonerare l'amministrazione da ogni responsabilità non costituendo la frequenza, in alcun modo, un rapporto di lavoro;
- di avere svolto periodi di volontariato della durata di mesi \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- altre dichiarazioni <sup>(2)</sup>: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

Allega i seguenti documenti, in carta semplice <sup>(3)</sup>:

1. Diploma di laurea o altro titolo di studio posseduto; in alternativa dichiarazione sostitutiva di certificazione;
2. Certificato medico attestante la sana e robusta costituzione e l'esenzione da malattie infettive e contagiose in atto, rilasciato dal Servizio di Igiene Pubblica oppure Certificazione del medico curante attestante l'assenza di malattie infettive o diffuse e l'idoneità igienico sanitaria a svolgere l'attività di frequenza;
3. Polizza assicurativa contro gli infortuni con i seguenti massimali minimi:  
€ 258.228 (£.500 milioni) in caso di morte - € 258228 (£ 500 milioni) in caso di invalidità permanente.
4. Dichiarazione di copertura assicurativa (infortuni, RCT) da parte della proprio datore di lavoro, per dipendenti di altre Aziende sanitarie/enti pubblici o soggetti privati

Forlì, lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma dell'interessato)

Forlì, lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Parere favorevole dei Responsabile dell'Unità Operativa

Si individua quale tutor il/la \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Indicare l'Azienda sanitaria o altra istituzione pubblica o privata di appartenenza

<sup>2</sup> Occorre dichiarare, richiamando le eventuali disposizioni, se la frequenza per un periodo di tempo determinato è richiesta per l'iscrizione ad Ordini o Collegi professionali o per l'ammissione ad esami per il conseguimento di titoli di studio

<sup>3</sup> I documenti n. 1, 2 e 3 non sono richiesti in caso di frequenza di dipendenti di altre aziende sanitarie o altri enti pubblici.