

FAC-SIMILE Mod. personale strutturato presso altre Aziende

Richiesta di ammissione alla **FREQUENZA volontaria osservazionale** presso le Unità Operative dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni - Addolorata.

Azienda Ospedaliera
Complesso Ospedaliero San Giovanni-Addolorata
U.O.S.D. Qualità e Formazione
Via Amba Aradam, 9
00184 ROMA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
{cognome e nome}

il _____, domiciliato/a in _____, P.zza/Via _____,

_____ CAP _____ tel./cell. _____ indirizzo e-mail _____

_____ chiede di essere ammesso/a a frequentare l'Unità

Operativa di _____ dell' Azienda Ospedaliera San

Giovanni-Addolorata nell'anno _____ semestre _____.

A tal fine, dichiara, consapevole delle responsabilità civili e penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni false o mendaci, di:

- a) *non aver riportato condanne penali;*
- b) *di godere del diritto di elettorato attivo e passivo;*
- c) *di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;*
- d) *di non frequentare contemporaneamente e allo stesso titolo altra Azienda Sanitaria pubblica o convenzionata;*
- e) *di prestare servizio presso _____
in qualità di _____*

Allega la seguente documentazione:

1. certificato in carta semplice del diploma di laurea con voto di laurea (per coloro che hanno conseguito la laurea all'estero indicare il massimo punteggio conseguibile secondo l'ordinamento dello Stato estero);
2. curriculum vitae datato e sottoscritto;
3. iscrizione all'Albo o Ordine Professionale (ove previsto e di data non anteriore a 6 mesi da quella di presentazione della domanda);
4. giudizio di idoneità (G.I.) ex D. Lgs. n. 81/08 (rilasciato da un medico del lavoro).

Il sottoscritto si impegna a comunicare alla **U.O.S.D. Qualità e Formazione** dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata eventuali variazioni intervenute rispetto al proprio domicilio per tutte le comunicazioni riguardanti la presente richiesta, esonerando, sin d'ora, l'Azienda stessa da qualsiasi responsabilità per dispersione di comunicazioni derivante da inesatte indicazioni del recapito o da mancata/tardiva comunicazione del cambiamento di domicilio indicato nella domanda.

(Firma)

Il sottoscritto/a dichiara di essere stato informato e di esprimere il proprio consenso circa le finalità riguardanti il trattamento dei dati personali forniti, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 del vigente GDPR Regolamento UE 2016/679, applicabile dal 25 maggio 2018.

Roma, _____

(Firma)