

**DIPARTIMENTO PER LO SVILUPPO ORGANIZZATIVO - U.O.C. FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE COMPETENZE**  
**DOMANDA di FREQUENZA VOLONTARIA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Documento \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Laureato/a o diplomato/a in \_\_\_\_\_  
Data di laurea o diploma \_\_\_\_\_ votazione \_\_\_\_\_ Università \_\_\_\_\_  
Eventuale specializzazione in \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ votazione \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI POTER FREQUENTARE IN QUALITA' DI FREQUENTATORE VOLONTARIO**

per un periodo di \_\_\_\_ mesi (minimo 3, massimo 12)

la seguente Area/ Dipartimento/Distretto/ Unità Operativa Complessa/Unità Operativa Semplice Dipartimentale (1), presso la Sede\* di (2):

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_

Allega:

- 1) copia del titolo di studio (o autocertificazione)
- 2) polizza assicurativa con indicati i periodi di validità per la responsabilità civile e contro infortuni, con i massimali previsti dal regolamento vigente nell'ASL ROMA1, "Il massimale assicurato deve essere minimo di **655.000,00 euro** così ripartito: **155.000,00 euro per infortuni (invalidità permanente e morte)** e **500.000,00 euro per responsabilità civile verso i terzi**", e autorizza al trattamento dei dati personali forniti, per gli adempimenti connessi alla presente domanda.

Ha preso visione e si impegna al rispetto del suddetto regolamento consegnatomi.

**FIRMA**

Roma, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nominativo e Qualifica del Tutor individuato** da parte del **Direttore/Responsabile** di Area/ Dipartimento/Distretto/ Unità Operativa Complessa/Unità Operativa Semplice Dipartimentale (che non ha più di cinque frequentatori volontari compresi i tirocinanti con Enti formativi convenzionati con la ASL ROMA1. )

**Firma e timbro**

**Nulla osta del Direttore/Responsabile** di Area/ Dipartimento/Distretto/ Unità Operativa Complessa/Unità Operativa Semplice Dipartimentale, attestante che non abbia superato il numero massimo comunicato di frequentatori volontari ammissibili

**Firma e timbro**

**Parere motivato del Direttore/Responsabile** di Area/ Dipartimento/Distretto/ Unità Operativa Complessa/Unità Operativa Semplice Dipartimentale: \_\_\_\_\_

**Nulla osta del Referente della Formazione** di Area/ Dipartimento/Distretto/ Unità Operativa Complessa/Unità Operativa Semplice Dipartimentale

**Firma e timbro**

\* si intende la sede presso la quale si svolgerà il tirocinio (Ambulatorio, Reparto Ospedaliero, Day Hospital, Ufficio, etc.)

