



Ufficio incaricato

**SOC Gestione Ricerca e sviluppo**

Presidio Ospedaliero Univ. SMM - padiglione 10 - 2° piano  
p.le Santa Maria della Misericordia, 15 - 33100 Udine  
(+39) 0432 559709 (int. 5709) 0432 554271 (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**

**Cognome e Nome** \_\_\_\_\_

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

Presso S.O.C./S.O.S./Servizio \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

- Presidio Ospedaliero Universitario "Santa Maria della Misericordia"
- Istituto di Medicina Fisica e Riabilitazione "Gervasutta"
- Presidio Ospedaliero Latisana e Palmanova
- Presidio Ospedaliero San Daniele e Tolmezzo
- Presidio Ospedaliero per la Salute di Gemona
- Dipartimento di Prevenzione di \_\_\_\_\_
- Dipartimento di Salute mentale di \_\_\_\_\_
- Dipartimento delle Dipendenze di \_\_\_\_\_
- Distretto di \_\_\_\_\_ (Udine, Cividale, Tarcento, Carnia, Gemonese, San Daniele, Codroipo, Ovest Latisana, Est Palmanova)

per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**per il/la dipendente** (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

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**

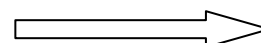
- posizione assicurativa INAIL \_\_\_\_\_

- 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**



## 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/a (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**

Diploma di Laurea V.O./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:**

- **Certificazione di idoneità sanitaria;**
- **copia degli attestati di superamento dei Corsi di formazione generale e specifica sulla sicurezza;**
- **Curriculum formativo e professionale.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del dipendente \_\_\_\_\_