



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). 554271 (int. 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 FREQUENZA VOLONTARIA A TITOLO PERSONALE

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
Cognome e Nome

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

**CHIEDE di poter frequentare volontariamente
ai soli fini di studio, formazione e aggiornamento e ricerca:**

la 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, Tolmezzo, Gemona del Friuli, San Daniele, Codroipo, Palmanova, Latisana)

per il periodo dal _____ al _____
(per un massimo di 24 mesi complessivi - anche non consecutivi - nelle diverse strutture aziendali)

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 nato/a a _____ (prov. ____) il _____ con
cittadinanza _____ di essere residente a _____
(prov. _____) c.a.p. _____ Via _____ n. _____;
(eventuale altro domicilio / recapito per l'invio delle comunicazioni pertinenti)

Telefono: I recapito n. _____ II recapito n. _____;
indirizzo email _____;

di essere in possesso dei seguenti titoli e requisiti professionali:

- Diploma di Laurea V.O./Laurea Magistrale/Laurea triennale in _____
conseguito presso l'Università degli Studi di _____;
- abilitazione alla professione di _____ conseguita presso
l'Università degli Studi di _____;



- iscrizione all'Ordine/Collegio _____ della Provincia di _____ dal _____ con il n. _____;
- diploma di specializzazione in _____ conseguito presso l'Università degli Studi di _____;

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

- 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 dell'ex AOU di Udine o ex AAS n.4 Friuli Centrale o ASUI UD nel periodo dal _____ al _____ presso _____
- di essere a conoscenza che la frequenza volontaria è incompatibile con qualsiasi rapporto di lavoro/studio formalizzati con l'ASUI UD, ad esempio attività libero professionale, borse di studio, frequenza di corsi di specializzazione, compreso il corso di formazione specifica in Medicina generale, dottorati di ricerca (con o senza borsa), master, ecc..

Per i medici chirurghi non sono incompatibili con la frequenza volontaria le sostituzioni a tempo determinato di medici di base o pediatri di libera scelta e le iscrizioni negli elenchi di guardia medica festiva, notturna e turistica.

- di essere dipendente *a tempo indeterminato o determinato/titolare di borsa di studio/etc...* di altra Azienda Sanitaria (*specificare*) _____;
- di svolgere attività libero professionale e/o di avere un contratto di lavoro di qualsiasi tipologia dal _____ presso _____;
- di non essere beneficiario di trattamenti pensionistici per quiescenza;
- ai fini del D.Lgs. 81/2008 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro:
(*per le sole aspiranti di sesso femminile*)
 - di non trovarsi in stato di gravidanza o allattamento;
 - di essere a conoscenza che la frequentatrice volontaria ha l'obbligo di interrompere immediatamente la frequenza appena accertato o presunto un eventuale stato di gravidanza, comunicandolo tempestivamente al Responsabile della struttura ospitante e alla SOC Gestione Ricerca e sviluppo.
- di essere a conoscenza che saranno a suo esclusivo carico le spese per la visita medica e gli ulteriori accertamenti sanitari eventualmente richiesti dal medico competente per esprimere il giudizio di idoneità.
- di acconsentire al trattamento cartaceo ed informatizzato dei propri dati personali e sanitari ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/2003 e ss.mm. nella misura proporzionale e strettamente necessaria per le finalità del presente procedimento.

ed inoltre:

- 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;
- di esonerare l'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale da qualsiasi responsabilità conseguente alla frequenza per atti commessi con dolo o colpa grave;
- di aver letto il regolamento per le frequenze volontarie dell'Azienda, che si intende accettato integralmente con la sottoscrizione della presente richiesta.

Il/La sottoscritto/a allega:

1. copia di un documento di identità in corso di validità.
2. curriculum vitae redatto in formato europeo,
3. scheda attività personale autorizzato alla frequenza presso ASUFC debitamente compilata e sottoscritta dal Responsabile/Direttore della struttura ospitante,
4. **documentazione vaccinale** per epatite b, parotite, morbillo, varicella-zoster, rosolia: copia del libretto delle vaccinazioni o relativo certificato + **certificato di vaccinazione ANTI COVID-19, se non si è stati sottoposti alla vaccinazione per la relativa malattia**, sierologia per epatite b, parotite, morbillo, varicella-zoster, rosolia,
5. Test di Mantoux o quantiferon (eseguito negli ultimi 12 mesi),
6. certificato di idoneità sanitaria alla mansione specifica (se disponibile).
7. copia dell'attestato di superamento del Corso di formazione generale sulla sicurezza (durata quattro ore), come previsto dalla normativa in materia di igiene e sicurezza sul lavoro ai sensi del D.lgs n. 81/2008.
8. Attestati di formazione specifica per i lavoratori delle Aziende ad alto rischio (se disponibili),

A conclusione positiva del procedimento, **prima della decorrenza della frequenza,**

9. polizza assicurativa a copertura degli infortuni (caso morte ed invalidità permanente) al fine del rilascio dell'autorizzazione.

Il/La sottoscritto/a dichiara di rispettare le indicazioni e le condizioni contenute nei Regolamenti aziendali per quanto di competenza della presente domanda.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione di quanto dichiarato alla S.O.C. Gestione Ricerca e sviluppo.

***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.

L'elenco delle professioni ammesse al riconoscimento è pubblicato sul sito del Ministero della Salute <http://www.salute.gov.it>)

Luogo e data _____

Firma del/della frequentatore/frequentatrice _____

(a cura dell'interessato/a)

Parere favorevole del Direttore/Responsabile

SOC/DPT/SOS/Dipartimento/Distretto di _____
(data, timbro e firma)

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE

SCHEDA ATTIVITÀ PERSONALE AUTORIZZATO ALLA FREQUENZA PRESSO ASUFC
Il presente modulo non verrà accettato se non debitamente compilato in ogni singola parte

COGNOME	
NOME	
QUALIFICA	
NATO/A A	
CODICE FISCALE	
RESIDENTE A	
VIA	
TELEFONO CELLULARE	
INDIRIZZO E-MAIL	
STRUTTURA FREQUENTATA	
IN QUALITÀ DI	
PERIODO	

ATTIVITÀ PREVISTE:

- Solo osservazionali
- Clinico-assistenziali o pratiche (in questo caso dettagliare):

Da compilare sempre, esclusivamente a cura del Direttore della Struttura		
AGENTI O CONDIZIONI PARTICOLARI CUI POTREBBE ESSERE ESPOSTO/A ANCHE IN MODO POTENZIALE/ACCIDENTALE	SI	NO
Biologici: <input type="checkbox"/> agenti biologici infettivi trasmissibili per via aerea/droplet <input type="checkbox"/> manipolazione di campioni/liquidi biologici in laboratorio <input type="checkbox"/> assistenza diretta sui pazienti o contatto con pazienti		
Chimici: <input type="checkbox"/> Agenti nocivi quali irritanti respiratori, tossici, corrosivi, ecc. <input type="checkbox"/> Gas liquefatti (bassissime temperature) <input type="checkbox"/> Atmosfere sotto ossigenate (azoto liquido - CO ₂ , impianti antincendio a gas inerte)		
Fisici: <input type="checkbox"/> Radiazioni ionizzanti <input type="checkbox"/> Radiazioni ortiche artificiali quali: sorgenti laser, U.V., altro. <input type="checkbox"/> Campi elettromagnetici <input type="checkbox"/> Attività in ambienti con rumore rilevante		
VDT: <input type="checkbox"/> uso del videoterminale per più di 20 ore/settimanali		
Movimentazione Manuale Carichi: <input type="checkbox"/> Movimentazione manuale di carichi animati, inanimati e attività di traino/spinta <input type="checkbox"/> postazioni di lavoro statiche in posture incongrue/obbligate		
Lavori isolati: <input type="checkbox"/> Attività eseguita in locali isolati e privi di mezzi di comunicazione con altre strutture <input type="checkbox"/> Attività svolta anche in esterno		
Diversi: <input type="checkbox"/> Uso di automezzi, anche in qualità di trasportato <input type="checkbox"/> Polveri <input type="checkbox"/> Altro: specificare		

Ogni comunicazione errata o incompleta è sotto la diretta responsabilità del Direttore/Responsabile della struttura

Il Direttore Struttura
(timbro, firma, data)