



- 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 di ASUFC nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- di essere a conoscenza che la frequenza volontaria è incompatibile con qualsiasi rapporto di lavoro/studio formalizzati con l'ASUFC, 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 all'ufficio incaricato presso la SOC Reclutamento e trattamento giuridico Risorse umane.
- 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 (barrare ):**

- documentazione vaccinale per epatite b, parotite, morbillo, varicella-zoster, rosolia: copia del libretto delle vaccinazioni o relativo certificato,
- + se non si è stati sottoposti alla vaccinazione per la relativa malattia, sierologia per epatite b, parotite, morbillo, varicella-zoster, rosolia;
- +  Test di Mantoux o quantiferon (eseguito negli ultimi 12 mesi),
- +  certificato di idoneità sanitaria alla mansione specifica,
- 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,
- Attestati di formazione specifica per i lavoratori delle Aziende ad alto rischio (durata dodici ore) (se in possesso),
- curriculum vitae redatto in formato europeo,
- scheda attività frequentatore debitamente compilata e sottoscritta dal Responsabile della struttura ospitante (Allegato A),
- copia di un documento di identità in corso di validità.

**A conclusione positiva del procedimento, prima della decorrenza della frequenza, il/la sottoscritto/a si impegna ad esibire 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 all'ufficio incaricato presso la SOC Reclutamento e trattamento giuridico Risorse umane.

**\*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 \_\_\_\_\_

Parere favorevole del Direttore/Responsabile

SOC/DPT/SOS/Dipartimento/Distretto di \_\_\_\_\_  
**(data, timbro e firma)**

**A cura del Direttore/Responsabile anche Scheda attività pagina successiva**

**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**

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

**ATTIVITÀ PREVISTE:**

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

---



---

<b>Da compilare sempre, esclusivamente a cura del Direttore della Struttura</b>		
<b>AGENTI O CONDIZIONI PARTICOLARI CUI POTREBBE ESSERE ESPOSTO/A ANCHE IN MODO POTENZIALE/ACCIDENTALE</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Biologici:</b> <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		
<b>Chimici:</b> <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 <sub>2</sub> , impianti antincendio a gas inerte)		
<b>Fisici:</b> <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		
<b>VDT:</b> <input type="checkbox"/> uso del videoterminale per più di 20 ore/settimanali		
<b>Movimentazione Manuale Carichi:</b> <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		
<b>Lavori isolati:</b> <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		
<b>Diversi:</b> <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)*

---