

Al Direttore Generale

- ☐ Azienda Ospedaliero Universitaria
☐ Azienda USL
di Ferrara

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (Prov. _____) il _____,
di essere residente a _____ (Prov. _____)
via _____ n.° _____ CAP: _____
cell. _____ e-mail _____

CHIEDE

di essere ammesso/a alla frequenza volontaria presso il Servizio/Unità Operativa/Direzione
_____ di codesta Azienda
_____ per un periodo corrispondente a n. ore _____ a decorrere
dal _____.

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate
dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

(ai sensi dell'art. 46 .P.R. 445 del 28/12/2000)

- di essere iscritto al _____ anno del Corso di Studio
_____ presso l'Università di _____ per l'anno
accademico _____.
- di avere sostenuto e superato per il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia gli
esami di profitto in materie cliniche previsti, riportando la votazione a fianco di ciascuno indicata ed
espressa in trentesimi, come di seguito trascritto:

Insegnamento	Voto
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____
7. _____	_____
8. _____	_____
9. _____	_____

10.	_____	_____
11.	_____	_____
12.	_____	_____
13.	_____	_____
14.	_____	_____
15.	_____	_____
16.	_____	_____
17.	_____	_____
18.	_____	_____
19.	_____	_____
20.	_____	_____
21.	_____	_____
22.	_____	_____
23.	_____	_____
24.	_____	_____
25.	_____	_____
26.	_____	_____
27.	_____	_____
28.	_____	_____
29.	_____	_____
30.	_____	_____
31.	_____	_____
32.	_____	_____
33.	_____	_____
34.	_____	_____
35.	_____	_____

Dichiara altresì:

- di aver già frequentato il Servizio/Unità Operativa/Direzione di _____ nell'anno _____

nell'ambito di:

- ☐ tirocinio curriculare
- ☐ tirocinio volontario
- ☐ tirocinio pratico valutativo
- ☐ _____

- di stipulare la polizza di assicurazione contro gli infortuni ed i rischi da responsabilità civile, nei termini descritti nell'allegato regolamento;
- di aver letto e compreso il regolamento relativo alla frequenza volontaria presso le Aziende Sanitarie di Ferrara e di impegnarsi a rispettarlo;
- di essere consapevole che in caso di false dichiarazioni accertate dall'Amministrazione procedente, verranno applicate le sanzioni penali previste, e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera;
- di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi della vigente normativa sulla privacy, ai fini istituzionale e nel limite di legge.

Allega alla presente:

- dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 di iscrizione universitaria con elenco esami sostenuti e superati, secondo l'allegato modello;
- copia polizze assicurative RCA ed Infortuni.

Il dichiarante

(FIRMA)

Data_____

PARERE DEL RESPONSABILE DEL SERVIZIO/UNITA' OPERATIVA

Data_____

Il Direttore

(TIMBRO e FIRMA)