

Alla Direttrice Generale ASL
Latina

per il tramite

UOC Formazione e Sviluppo
Professionale

Il/la Sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____, CF _____ chiede di
essere ammesso/a a svolgere tirocinio formativo e di orientamento in qualità di (*)
_____ presso _____ di questa
Azienda.

A tal fine, dichiara, sotto la propria responsabilità, quanto segue:

- a) di essere residente a _____ in via _____;
- b) di non aver riportato condanne penali;
- c) di godere dell'elettorato attivo e passivo e di non essere stato destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso una pubblica amministrazione;
- d) di essere a conoscenza che la frequenza non comporta l'instaurazione di un rapporto di lavoro o di prestazione d'opera professionale con l'Azienda, con il/la tutor, e/o con il S.S.N. e che durante la presenza nelle strutture aziendali dovrà indossare in modo visibile un cartellino recante la dicitura "tirocinante".
- e) di conoscere ed accettare il vigente regolamento aziendale per la disciplina dei tirocini formativi e di orientamento.
- f) di essere reperibile al seguente recapito telefonico _____ e alla seguente casella di posta elettronica _____
- g) di aver preso visione dell'informativa sulla privacy presente sul sito ASL Latina Sezione tirocini
- h) di aver acquisito i contenuti del "Corso di formazione artt. 36, 37 D. Lgs. n. 81/2008" presente sul sito ASL Latina Sezione tirocini

Allega alla domanda:

1. Dichiarazione sostitutiva o copia non autenticata del Diploma di laurea;
2. Dichiarazione sostitutiva di iscrizione all'Albo professionale;
3. certificato medico di idoneità al tirocinio;
4. polizza assicurativa per infortuni e malattie professionali
5. polizza assicurativa per responsabilità civile verso terzi
6. fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità

(*) specificare tipologia tirocinio (infermiere, medico, tecnico sanitario di radiologia medica, ..)

Il/la sottoscritto/a autorizza e acconsente alla raccolta e gestione dei dati personali (D Lgs 196/2003 come modificato con D. Lgs. 101/2018 e Regolamento UE 679/2016)

Latina, _____

firma _____

Nulla osta del/della Direttore/Direttrice del Presidio/Distretto/Dipartimento

Il/la sottoscritto/a, dott/dott.ssa _____ Direttore/Direttrice del
Presidio/Distretto/Dipartimento _____, acquisita la disponibilità
del/della responsabile dell'U.O. dott/dott.ssa. _____ e del/della relativo/a Tutor
dott/dott.ssa. _____, esprime il proprio nulla osta.

Timbro e firma
