

Al Direttore Generale  
Azienda Sanitaria Provinciale  
c/o Centro Direzionale "Il Granaio"  
Via Mario Nicoletta 88900 CROTONE  
Al Responsabile  
Settore Form. Agg. Professionale  
Azienda Sanitaria Provinciale  
Località Papaniciaro -Plesso ex CIAPI  
88900 CROTONE

Il/La sottoscritto/a cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ -codice fiscale \_\_\_\_\_ -Tel./Cel.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere autorizzato ad espletare un periodo di \_\_\_\_\_ mesi (max 6 comprensivi di eventuali proroghe) di frequenza  
volontaria presso l'unità operativa di \_\_\_\_\_ per le seguenti finalità:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni di legge previste per il caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del  
D.P.R. 28.12.2000, n. 445, sotto la propria responsabilità e per tali fini

**DICHIARA**

- i godere i diritti civili e politici;  
 di essere in possesso del titolo di studio di \_\_\_\_\_;  
 di essere/non essere abilitato alla professione;  
 di essere iscritto all'Ordine / Collegio / Associazione Professione di categoria di con matricola n. \_\_\_\_\_;  
 di non aver riportato condanne penali né di aver carichi pendenti;  
 l'assenza di conflitti di interessi;  
 di essere consapevole che la frequenza volontaria di cui alla presente richiesta non costituisce rapporto  
d'impiego, né prefigura titolo o diritto di qualsivoglia genere d'impiego;  
 di essere consapevole che non potrà sostituire il personale dipendente avente lo stesso profilo professionale,  
sottoscrivere alcun atto ufficiale dell'Azienda, nonché compiere direttamente mansioni o funzioni che  
comportano autonomia professionale;  
 di essere consapevole che al termine del periodo non potrà essere rilasciata alcuna certificazione al riguardo;  
 di essere consapevole che le presenze presso l'unità operativa interessata sono consentite esclusivamente con la  
compresenza del Tutor aziendale;  
 di essere consapevole di dover rispettare i regolamenti aziendali, le norme in materia di igiene e sicurezza nei  
luoghi di lavoro, nonché di privacy sui dati di cui viene a conoscenza. Si riserva di contrarre e di fornire prima  
dell'inizio della frequenza le prescritte polizze assicurative INAIL e di Responsabilità Civile verso terzi.

**ALLEGA**

- copia documento di riconoscimento;  
 copia autenticata del titolo di studio o certificazione sostitutiva;  
 certificato iscrizione all'Ordine / Collegio / Associazione Professione di categoria.

**AUTORIZZA**

il trattamento dei dati personali, anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente ai fini del procedimento  
in oggetto ed in misura pertinente, non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni  
istituzionali.

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

(firma autografa)