



FREQUENZA VOLONTARIA

**Al Responsabile S.S Formazione Sviluppo delle
Competenze e Qualità - ASL CN1
Dott.ssa Grazia Maria ALBERICO
Via C. Boggio, 12
CUNEO**

Il sottoscritto/a

(nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____
nazionalità _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____
telefono (fisso o mobile) _____ e-mail _____

CHIEDE

di poter frequentare, la struttura di: _____ sede _____
dal _____ al _____ (massimo 12 mesi) nel profilo di _____

Si ricorda che il frequentatore non può essere impegnato in attività che comportino autonomia decisionale, né firmare atti ufficiali dell'Azienda, né essere addetto in modo autonomo a compiti propri del personale dell'Azienda.

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

DICHIARA

- Di essere in possesso del seguente titolo di studio:
- Di essere iscritto all'Ordine o Collegio provinciale (qualora richiesto dalla legge per l'esercizio professionale).....
- Di sollevare codesta Amministrazione da ogni responsabilità civile e penale per eventuali infortuni o malattie professionali che potrebbero derivare da tale frequenza, nonché di eventuali danni che potrebbe arrecare a terzi.
- Di essere a conoscenza che tale frequenza non comporterà, a tutti gli effetti, l'instaurazione del rapporto di impiego o di prestazione d'opera professionale con l'A.S.L. CN1.
- Che quale autorizzato ai trattamenti dei dati personali di titolarità dell'ASL CN1 ha ricevuto, unitamente alla presente, copia delle istruzioni DocLeg002, reperibili altresì sulla intranet aziendale sezione "Servizio Legale/Protezione dei dati personali" e del codice di comportamento dei dipendenti dell'A.S.L. CN1.
- Di aver ricevuto in occasione della visita medica presso il Medico Competente dell'A.S.L. CN1 l'informazione in merito ai rischi generali e a quelli connessi con la propria mansione e di essere a conoscenza che sulla Intranet aziendale sezione "SPP/Medicina del Lavoro" sono disponibili e consultabili i manuali informativi.
- Di rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro (D.Lgs. 81/08 e successive modifiche).
- Di seguire le indicazioni del Tutor/Responsabile e di fare riferimento a lui per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo o per altre evenienze.

Requisiti per iniziare la frequenza (da allegare alla domanda) :

- Polizza di assicurazione:
 - RCT con massimale non inferiore a 100.000
 - Rischi di infortunio per morte con massimale non inferiore a Euro 100.000
 - Rischi di infortunio per invalidità permanente con massimale non inferiore a Euro 100.000
- Giudizio idoneità alla mansione specifica di.....
rilasciata dalla S.C. Medicina del Lavoro dell'A.S.L. CN 1 (tel. per appuntamento al: 0171-450.781 per Cuneo; 0174-677.102 per Mondovì; 0172-719.513 per Savigliano).
- Modulo "Personale non dipendente"

I richiedenti:

- dovranno presentare la domanda prima dell'inizio della frequenza alla S.S. Formazione Sviluppo delle Competenze e Qualità dopo aver compilato, firmato il modulo ed acquisite le firme autorizzative
- avranno diritto ad accedere alla mensa aziendale alle condizioni previste per i non dipendenti dell'A.S.L. CN 1;
- dovranno preventivamente concordare le modalità e i tempi con il Responsabile dell'Unità Operativa di riferimento;
- Le certificazioni relative al periodo di frequenza verranno rilasciate, a richiesta dell'interessato, e su attestazione del tutor, dalla S.S. Formazione Sviluppo delle Competenze e Qualità.

L'inosservanza anche solo di una delle norme citate nel presente modulo, determinerà la revoca dell'autorizzazione concessa.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e art. 13 del Reg. UE 2016/679:
"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1., esclusivamente ai fini del presente procedimento.
I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).
L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P., Via Carlo Boggio 12 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslcn1.it
Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)

Data,

.....
(Firma del richiedente)

FIRME AUTORIZZATIVE		
Il Direttore Sanitario di Presidio	Il Responsabile S .C./Dip./Distretto	Il tutor
_____	_____	_____
PER IL COMPARTO		
Il Coordinatore del servizio	Il Responsabile S.C. Di.P.Sa	
_____	_____	

Il Responsabile
Dott.ssa Grazia Maria ALBERICO

.....

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

A richiedere l'accesso quale frequentatore volontario alle strutture della ASL CN1

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

I professionisti che intendono frequentare a titolo gratuito le strutture della ASL CN1 al fine di acquisire conoscenze tipiche delle attività presenti in azienda

MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il richiedente firmato il modulo ed acquisite le firme autorizzative può :

- a) consegnarlo a mano alla S.S. Formazione Sviluppo delle Competenze e Qualità*
- b) spedirlo per posta, telefax , da PEC o da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo:
protocollo@aslcn1.legalmailPA.it*

Avvertenze

- *Alla richiesta inviata con le modalità indicate al punto b) deve essere allegata fotocopia di documento di identità in corso di validità del richiedente*
- *In caso di delega è necessario allegare fotocopia del documento di identità in corso di validità del delegante.*
- *si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione*

MODALITÀ DI RISPOSTA E TERMINI DI RISPOSTA

TEMPO DI RISPOSTA: 90 GG - Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito www.aslcn1.it.

RIFERIMENTI

Ufficio: S.S. Formazione Sviluppo delle Competenze e Qualità
Tel.: 0171450216 E-mail formazione@aslcn1.it