



**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA FREQUENZA VOLONTARIA PER ATTIVITA' DI FORMAZIONE E RICERCA**

Trieste.....

Il/la sottoscritto/a.....  
nato/a a ..... il .....  
residente a ..... cap .....  
in via.....n. ....  
telefono .....  
e-mail.....

**CHIEDE**

di poter frequentare (periodo massimo di un anno)  
dal ..... al .....  
la seguente struttura .....  
in qualità di .....

**DICHIARA**

- di accettare tutte le norme contenute nel Disciplinare dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, riguardanti la tipologia della frequenza di cui trattasi, approvato con Delibera n. 35 dd. 26 gennaio 1998, nonché quelle concernenti l'organizzazione della Struttura Complessa presso la quale è richiesta la frequenza.
- di sollevare l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina da ogni onere e di assumere ogni e qualsiasi responsabilità per eventuali infortuni, danni e malattie professionali che potrebbe subire o cagionare a terzi durante la sua frequenza e di rinunciare fin d'ora a qualsivoglia pretesa nei confronti dell'Azienda per i titoli di cui sopra.

di attenersi alla massima riservatezza e ad osservare le istruzioni emanate per il trattamento dei dati personali dal titolare, dai responsabili e dagli incaricati dal trattamento, ivi comprese le misure di sicurezza. Di astenersi da operazioni attinenti il trattamento dei dati personali al di fuori di quanto necessario per l'espletamento dei propri compiti e nell'ambito delle funzioni istituzionali dell'azienda. Di astenersi dalla comunicazione o diffusione dei dati personali in difformità da quanto previsto dal Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE) 2016/679 art. 4 n. 10 e dal decreto legislativo 101/2018.

□

FIRMA .....

## AUTOCERTIFICAZIONE

Il /la sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità:

- di non aver riportato condanne penali
- di essere in possesso del seguente titolo di studio .....
- .....
- di essere abilitato alla professione di .....
- di essere iscritto al seguente albo professionale .....

La presente dichiarazione viene rilasciata dal sottoscritto in conformità alle disposizioni di legge e nella consapevolezza in ordine alle sanzioni penali previste dall'art. 26 della legge n. 15/68 e seguenti modificazioni per l'ipotesi di dichiarazioni mendaci e falsità in atti.

**L'autocertificazione dovrà essere sottoscritta alla presenza del funzionario addetto; in caso di spedizione si dovrà allegare fotocopia della carta d'identità.**

FIRMA .....

In ottemperanza al D. Lgs. n. 196 dd. 30.6.2003, l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina dichiara che i dati personali da Lei forniti, verranno utilizzati esclusivamente per le finalità autorizzative alla frequenza di cui trattasi. Si ricorda altresì che Lei gode dei diritti previsti dall'art. 7 della succitata norma, che qui di seguito vengono riassunti.

L'INTERESSATO HA IL DIRITTO DI OTTENERE:

- la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati e la loro comunicazione in forma intelleggibile;
- indicazione dell'origine dei dati personali;
- indicazione delle finalità e modalità del trattamento;
- l'aggiornamento, la rettifica ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
- la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge;

L'INTERESSATO HA IL DIRITTO DI OPPORSI:

- per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

### PARERE FAVOREVOLE DEL DIRETTORE DELLA STRUTTURA COMPLESSA

data ..... firma, .....

### PARERE FAVOREVOLE DEL DIRETTORE della STRUTTURA COMPLESSA GESTIONE PRESTAZIONI SANITARIE e ATTIVITÀ SOCIOSANITARIE

data ..... firma, .....

### DOCUMENTI DA PRESENTARE OTTENUTI I PARERI FAVOREVOLI

Certificato delle vaccinazioni effettuate (da presentare al Servizio di Vigilanza Sanitaria e Prevenzione)

Copia della polizza assicurativa per l'assicurazione a suo carico contro gli infortuni per l'attività svolta in Azienda.

**Imassimali della polizza assicurativa contro gli infortuni. non devono essere inferiori a Euro 250.000// per morte e Euro 250.000// per invalidità permanente. Lo stesso per quella contro terzi.**