

- iscrizione all'Ordine/Collegio _____ della Provincia di _____ dal _____ con il n. _____;
- diploma di specializzazione in _____ conseguito presso l'Università degli Studi di _____;

nel caso il titolo di studio sia conseguito all'estero si legga la pagina successiva con i relativi documenti da presentare *.

di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;

di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;

di essere/essere stato già frequentatore dell'ex AOU di Udine o ex AAS n.4 Friuli Centrale o ASUI UD nel periodo dal _____ al _____ presso _____

di essere a conoscenza che la frequenza volontaria è incompatibile con qualsiasi rapporto di lavoro/studio formalizzati con l'ASUI UD, ad esempio attività libero professionale, borse di studio, frequenza di corsi di specializzazione, compreso il corso di formazione specifica in Medicina generale, dottorati di ricerca (con o senza borsa), master, ecc..

Per i medici chirurghi non sono incompatibili con la frequenza volontaria le sostituzioni a tempo determinato di medici di base o pediatri di libera scelta e le iscrizioni negli elenchi di guardia medica festiva, notturna e turistica.

di essere dipendente *a tempo indeterminato o determinato/titolare di borsa di studio/etc...* di altra Azienda Sanitaria (*specificare*) _____;

di svolgere attività libero professionale e/o di avere un contratto di lavoro di qualsiasi tipologia dal _____ presso _____ ;

di non essere beneficiario di trattamenti pensionistici per quiescenza;

ai fini del D.Lgs. 81/2008 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro:

(per le sole aspiranti di sesso femminile)

di non trovarsi in stato di gravidanza o allattamento;

di essere a conoscenza che la frequentatrice volontaria ha l'obbligo di interrompere immediatamente la frequenza appena accertato o presunto un eventuale stato di gravidanza, comunicandolo tempestivamente al Responsabile della struttura ospitante e alla SOC Gestione Ricerca e sviluppo.

di essere a conoscenza che saranno a suo esclusivo carico le spese per la visita medica e gli ulteriori accertamenti sanitari eventualmente richiesti dal medico competente per esprimere il giudizio di idoneità.

di acconsentire al trattamento cartaceo ed informatizzato dei propri dati personali e sanitari ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/2003 e ss.mm. nella misura proporzionale e strettamente necessaria per le finalità del presente procedimento.

ed inoltre:

• di essere a conoscenza che l'ammissione alla frequenza avviene al solo scopo di acquisire conoscenze professionali e non dovrà comportare rallentamento e/o intralcio alla normale attività del servizio;

• di esonerare l'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale da qualsiasi responsabilità conseguente alla frequenza per atti commessi con dolo o colpa grave;

• di aver letto il regolamento per le frequenze volontarie dell'Azienda, che si intende accettato integralmente con la sottoscrizione della presente richiesta.

Il/La sottoscritto/a allega (barrare):

- documentazione vaccinale per epatite b, parotite, morbillo, varicella-zoster, rosolia: copia del libretto delle vaccinazioni o relativo certificato,
- + se non si è stati sottoposti alla vaccinazione per la relativa malattia, sierologia per epatite b, parotite, morbillo, varicella-zoster, rosolia;
- + Test di Mantoux o quantiferon (eseguito negli ultimi 12 mesi),
- + certificato di idoneità sanitaria alla mansione specifica (se disponibile),
- copia dell'attestato di superamento del Corso di formazione generale sulla sicurezza (durata quattro ore), come previsto dalla normativa in materia di igiene e sicurezza sul lavoro ai sensi del D.lgs n. 81/2008,
- Attestati di formazione specifica per i lavoratori delle Aziende ad alto rischio (se disponibile),
- curriculum vitae redatto in formato europeo,
- scheda attività frequentatore debitamente compilata e sottoscritta dal Responsabile della struttura ospitante (Allegato A),
- copia di un documento di identità in corso di validità.

A conclusione positiva del procedimento, prima della decorrenza della frequenza, il/la sottoscritto/a si impegna ad esibire polizza assicurativa a copertura degli infortuni (caso morte ed invalidità permanente) al fine del rilascio dell'autorizzazione.

Il/La sottoscritto/a dichiara di rispettare le indicazioni e le condizioni contenute nei Regolamenti aziendali per quanto di competenza della presente domanda.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione di quanto dichiarato alla S.O.C. Gestione Ricerca e sviluppo.

***Nel caso il titolo di laurea e l'eventuale abilitazione per l'esercizio della professione siano stati conseguiti all'estero è necessario allegare:**

- a) se conseguiti in un Paese membro dell'Unione europea:
 - il Good Standing Certificate* (Certificato di onorabilità professionale), rilasciato dall'autorità competente del Paese nel quale è stato conseguito il titolo; **OPPURE**
- b) se conseguiti in un Paese non appartenente all'Unione europea:
 - il Decreto di riconoscimento rilasciato dal Ministero della Salute italiano e la successiva iscrizione all'Ordine professionale.
Tale decreto di riconoscimento è necessario anche nel caso in cui il titolo sia già stato riconosciuto in un altro Paese dell'Unione Europea.

L'elenco delle professioni ammesse al riconoscimento è pubblicato sul sito del Ministero della Salute <http://www.salute.gov.it>)

Luogo e data _____

Firma del/della frequentatore/frequentatrice _____

(a cura dell'interessato/a)

Parere favorevole del Direttore/Responsabile

SOC/DPT/SOS/Dipartimento/Distretto di _____
(data, timbro e firma)