

Prot.

AL DIRETTORE

Sezione A - A cura del frequentatore volontario

Il/la sottoscritto/a _____

chiede

di frequentare volontariamente, senza alcuna remunerazione, l'Unità Operativa/Servizio di _____ dal _____ al _____ presso _____ con sede in _____

(Articolazione) a tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e s.m.i. concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà, e consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

dichiara

di essere nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n.° _____ CAP _____

domicilio _____ Via _____ n.° _____ CAP _____

cittadinanza _____ telefono _____

Indirizzo e mail (scritto in stampatello) _____ codice fiscale _____ di essere

in possesso di :

☐ titolo di studio _____

conseguito il _____ presso _____

☐ certificato di iscrizione al Corso _____

- di non aver intrattenuto alcun rapporto di lavoro con enti pubblici o privati del settore sanitario
- di non avere avuto alcun precedente rapporto di lavoro con l'Azienda

- l'inesistenza di condanne penali

- le condanne penali riportate _____

- i procedimenti giudiziari in corso _____

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì:

- di aver preso visione del Regolamento per la frequenza volontaria presso le strutture dell'AOU Federico II e di accettarne le condizioni
- di essere a conoscenza che la frequenza volontaria presso le Strutture dell'AOU Federico II non costituisce in alcun modo vincolo di rapporto di lavoro dipendente, convenzionato, autonomo o similari né premessa o titolo preferenziale per l'assunzione
- di assumersi ogni rischio derivante dalla frequenza presso l'Unità Operativa/Servizio prescelto e di esonerare l'Amministrazione da ogni responsabilità
- di essere consapevole che in caso di false dichiarazioni accertate dall'Amministrazione, verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera.

Il/La sottoscritto/a allega:

- copia della polizza assicurativa
- copia del permesso di soggiorno (per i cittadini stranieri)
- copia documento di riconoscimento in corso di validità

Il/La sottoscritto/a infine si IMPEGNA a rispettare gli Obblighi dei lavoratori di cui all'art. 20 del D .Lgs 81/2008

Data _____

Firma _____

I dati saranno trattati dall'Azienda, anche con strumenti informatici, per gli adempimenti previsti da Leggi e Regolamenti. Il/La sottoscritto/a autorizza l'Azienda al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli sensibili, nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196/2003 ad oggetto "Codice in materia di protezione dei dati personali e del successivo Regolamento europeo GDPR 679/2016 di pari oggetto.

Sezione B - A cura del Direttore dell'U.O./Servizio ospitante

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di
Direttore dell'Unità Operativa/Servizio di _____ esprime parere
favorevole/contrario in merito alla frequenza sopra richiesta indicando quale Tutor se stesso o il _____

Titolo

Cognome e Nome

A tale proposito dichiara che le attività che il Frequentatore Volontario potrà osservare saranno le seguenti:

nelle quali sono ricomprese esclusivamente l'osservazione dell'attività effettuata da professionisti esperti, la partecipazione a discussioni, riunioni d'equipe e simili con

A) DIVIETO di accedere in aree a rischio specifico (es. assistenza/degenza pazienti, impiego agenti chimici pericolosi, laser, RMN, RX, ecc.

B) POSSIBILITÀ di accedere alle aree a rischio specifico ove si effettua:

- assistenza e cura diretta su pazienti
- uso di agenti chimici pericolosi (es. formaldeide, gas anestetici)
- preparazione o somministrazione di farmaci chemioterapici – antitumorali
- uso di apparecchiature Laser, sentito l'Addetto alla sicurezza Laser, il Frequentatore Volontario risulta potenzialmente esposto
- uso di apparecchiature di Risonanza Magnetica, sentito il Responsabile della sicurezza del Sito di Risonanza Magnetica, il Frequentatore Volontario risulta potenzialmente esposto
- uso di radiazioni ionizzanti, sentito l'Esperto di Radioprotezione, il Frequentatore Volontario risulta:
 - non esposto
 - esposto Classe B
 - esposto Classe A

Data _____

Firma _____

Nel caso di figure afferenti a profili professionali gestiti dalla Direzione Infermieristica e Tecnica il parere favorevole/contrario in merito alla frequenza è espresso anche dal Direttore di suddetta struttura o da un suo delegato

Data _____

Firma _____

Sezione C – A cura dell'UO Sistemi per la Salute e Sicurezza dei Lavoratori

A seguito dell'analisi delle informazioni sopra riportate e visto il DVR aziendale, l'UOC RSPP valuta che il frequentatore volontario in oggetto svolge l'osservazione di attività

☐ in cui NON SONO presenti rischi professionali espositivi ☐ in cui SONO

presenti i seguenti rischi professionali espositivi:

1. _____
2. _____
3. _____

L'U.O. SSSL, ritiene inoltre opportuni i seguenti provvedimenti integrativi e propedeutici all'attivazione della frequenza volontaria:

☐ _____ ☐

Il Direttore U.O. SSSL

Data _____ Firma _____

Sezione D - Riservata al Medico Competente/Autorizzato

A seguito dell'analisi delle informazioni sopra riportate e nel rispetto del Protocollo della Sorveglianza Sanitaria dei lavoratori dell'AOU Federico II:

☐ NON SI EFFETTUA sorveglianza sanitaria ☐ SI

EFFETTUA sorveglianza sanitaria

Il Medico Competente/Autorizzato

Data _____ Firma _____

Visto: Si autorizza/Non si autorizza

(Si invia al Direttore o Responsabile del Servizio per il seguito di competenza)

Il Direttore

Data _____