



AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

Mod. F.V.

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA FREQUENZA VOLONTARIA

Rev. 02
del 03/12/2025

Pagina
1 di 2

Delibere di Giunta Regionale Umbria n. 10076 del 30/12/1993 e 1215 del 24/02/1994

AL DIRETTORE GENERALE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

Dati del/della richiedente la frequenza:

Cognome e Nome _____

Codice Fiscale

Data e Luogo di Nascita

Indirizzo _____

Comune, CAP, Provincia _____

Telefono _____

Mail

Recapito per comunicazioni,
se diverso dall'indirizzo _____

Dati relativi alla frequenza richiesta:

Struttura dell'Azienda da frequentare

Periodo dal ____/____/____ al ____/____/____ per n. ore settimanali _____ (minimo 20)

Tipo di richiesta nuova frequenza riconferma di frequenza in essere

Motivi della richiesta di
frequenza

DICHIARAZIONI AI SENSI DEL DPR 445/2000 (autocertificazione)

A – Dichiaro (barrare le caselle che interessano – non barrare nel caso in cui non si possiedano il titolo e/o i requisiti indicati)

di possedere il titolo di studio

conseguito in data _____ / _____ / _____ presso

di possedere l'abilitazione all'esercizio professionale, conseguita in data ____/____/____

di essere iscritta/o all'ordine professionale in data ____ / ____ / ____ con numero ____

B - Dichiari

di aver preso visione del vigente regolamento aziendale sulla frequenza volontaria presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia e di accettarlo integralmente e senza riserve; e in particolare:

- di essere consapevole che la frequenza volontaria non configura rapporto di lavoro né operatività;
 - di non essere dipendente a qualsiasi titolo di altre amministrazioni e di non trovarmi nei casi di esclusione dalla frequenza volontaria, di cui all'articolo 12 del vigente regolamento aziendale (effettuazione di tirocini per esami di Stato, di tirocini pre o post laurea per l'acquisizione della laurea o della specializzazione; partecipazione a corsi di formazione e tirocini per i medici della continuità assistenziale e/o per la formazione specifica in Medicina Generale; partecipazione ad altri corsi comunque denominati, comprendenti attività di tirocinio).



DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA FREQUENZA VOLONTARIA

Rev. 02
del 03/12/2025Pagina
2 di 2**B.1 Dichiaro, con specifico riferimento a privacy e sicurezza:**

- di obbligarmi a rispettare le normative e le prescrizioni aziendali in materia di privacy e sicurezza, di cui all'articolo 11 del vigente regolamento aziendale, ivi compresa la sottoposizione ai controlli previsti dall'Azienda per il personale dipendente e ogni altra disposizione o prescrizione anche aziendale in materia di sicurezza ed esposizione a rischi;
- di aver preso conoscenza dell'elenco dei fattori di rischio presenti presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia, che restituisco in allegato a questa domanda, debitamente datato e firmato;
- di aver ricevuto l'informazione di base in materia di sicurezza dei lavoratori nel settore sanitario, restituendo allo scopo la ricevuta allegata all'apposito opuscolo.

C – Mi obbligo a presentare, ad autorizzazione intervenuta e non oltre 15 giorni dalla stessa, a pena di decadenza:

- Polizza/e assicurativa/e a copertura sia dell'invalidità permanente che della morte conseguenti da infortunio e/o malattia contratte in occasione della frequenza volontaria presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia, per un massimale complessivo di 250.000 euro, da ripartire tra i due eventi assicurati.
- Polizza assicurativa per responsabilità civile verso terzi, di massimale adeguato alla professionalità.
(l'attestazione di buona salute dovrà riportare anche la dichiarazione di assenza di controindicazioni all'attività di frequenza volontaria)
- Certificato di buona salute
- Ricevuta di pagamento fornitura divisa /camice

D – Allego fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento in corso di validità.**E – Dichiara sul Trattamento dei propri dati personali.**

Ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016, la/il sottoscritta/o dichiara di essere informata/o che i propri dati personali, il cui conferimento è necessario per poter evadere questa domanda, saranno trattati dall'Azienda Ospedaliera di Perugia quale Titolare, a mezzo del Responsabile del Trattamento della Direzione Formazione e Qualità, con sistemi sicuri informatici e/o cartacei ai soli scopi istituzionali legati alla frequenza volontaria e che gli stessi non saranno diffusi o comunicati a chicchessia, salvi i casi di legge o di legittima richiesta dell'autorità. Base giuridica del trattamento sono le Delibere di Giunta Regionale Umbria n. 10076 del 30/12/1993 e 1215 del 24/02/1994 e il regolamento aziendale approvato con delibera n. 960 del 24/07/2012. Dichiara di essere edotta/o dei diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del Regolamento - tra i quali il diritto di presentare un reclamo all'autorità di controllo - che potrà in ogni momento esercitare nei confronti dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, nella persona del Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) Avv. Pietro Anselmi ai dati di contatto: tel. 0733470315 email: dpo@ospedale.perugia.it

Perugia, ____ / ____ / ____

Firma _____
(per esteso e leggibile)**Parte riservata al Direttore della Struttura ospitante,
per il consenso preventivo alla frequenza**
*(da acquisire a cura del richiedente prima della presentazione della domanda)***Parte riservata al Direttore S.C. Direzione Medica,
per il consenso preventivo alla frequenza**

- SI ACCONSENTI ALLA FREQUENZA
 NON SI ACCONSENTI ALLA FREQUENZA

- SI ACCONSENTI ALLA FREQUENZA
 NON SI ACCONSENTI ALLA FREQUENZA

Firma e timbro _____
Perugia, ____ / ____ / ____Firma e timbro _____
Perugia, ____ / ____ / ____