

	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	Mod. F.V.	
DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA FREQUENZA VOLONTARIA		Rev. 03 del 07/04/2026	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

aosp.perugia@postacert.umbria.it

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 possiedono 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 - Dichiaro

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).

	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	Mod. F.V.
DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA FREQUENZA VOLONTARIA		Rev. 03 del 07/04/2026
		Pagina 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 21 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, contestualmente alla presentazione della domanda, 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.

Nota: Nelle polizze si deve chiaramente evincere che le garanzie assicurative coprono il periodo di frequenza volontaria.

- Certificato di buona salute
- Ricevuta di pagamento fornitura divisa/camice, se preventivamente richiestane fornitura

D – Allego fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento in corso di validità.

E – Dichiarazione 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 è il regolamento aziendale approvato con delibera DG n.76 del 27/01/2025. Il sottoscritto dichiara di essere edotto dei diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del Regolamento Europeo - 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 (DPO) 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 ACCONSENTE ALLA FREQUENZA
☐ NON SI ACCONSENTE ALLA FREQUENZA

- ☐ SI ACCONSENTE ALLA FREQUENZA
☐ NON SI ACCONSENTE ALLA FREQUENZA

Firma e timbro _____

Firma e timbro _____

Perugia, ____ / ____ / ____

Perugia, ____ / ____ / ____