



Il modulo va inviato
esclusivamente via e-mail

All' U.O. Formazione
ASP Messina
iscrizioni.formazione@asp.messina.it

Oggetto: Frequenza volontaria presso UU. OO. dell'Azienda Sanitaria Provinciale – Messina

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
Il _____ residente in _____ Via _____
CAP _____ Tel. _____ ; e mail _____ @ _____ in
possesso del seguente titolo di studio _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a frequentare la seguente struttura: _____
_____ sita in _____ via _____
per il periodo da _____ a _____ per i seguenti motivi: _____

A tale fine dichiara:

- di non avere rapporti di lavoro con questa amministrazione o con altri Enti pubblici e/o privati anche con occupazione a tempo parziale/ovvero avere rapporti di lavoro con _____
 - di sollevare l'ASP di Messina da ogni e qualsiasi responsabilità per danni che potrebbero verificarsi durante lo svolgimento della frequenza volontaria;
 - di stipulare al momento dell'inizio del volontariato polizza assicurativa di RC verso terzi ed infortuni;
 - di accettare tutte le condizioni stabilite dal Regolamento delle frequenze volontarie di cui è stata presa visione;
- (Si ricorda ai sensi del D.P.R. 445/2000 che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia).

Allega la seguente documentazione :

- Certificato di Laurea e/o Diploma ;
- Certificato di Specializzazione;
- Autocertificazione.

Messina, _____

Firma _____

Nulla Osta del Direttore di Presidio e/o di Dipartimento e/o di Distretto e del Responsabile dell'U.O. che accetta il volontario

Firma e timbro del Direttore di Presidio,
o di Dipartimento o di Distretto

Firma e timbro del Responsabile dell'U.O.

Data _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il/la sottoscritto/a _____ autorizza e acconsente che i dati
indicati nella presente possano essere conservati agli atti dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Messina

Messina , _____ / _____ / _____

In fede _____