

Alla

- ☐ Direzione Sanitaria
☐ Direzione Scientifica
☐ Direzione Amministrativa

I.R.C.C.S. Burlo Garofolo
Via dell'Istria n.65/1- 34137 TRIESTE

RICHIESTA DI FREQUENZA
Con dichiarazioni sostitutive di certificazioni e atto di notorietà
(dpr 445/2000)

La richiesta di autorizzazione alla frequenza va presentata - debitamente compilata, completa di tutte le firme e con allegata tutta la documentazione prevista - almeno 15 giorni prima rispetto la data d'inizio frequenza dell'Istituto.

__l__ sottoscritt__ nat__ a__

Prov. __ il __ residente a __ Prov. __

indirizzo __

telefono n. __ e-mail __

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR 445 del 28.12.2000.

DICHIARA

- di aver conseguito i seguenti titoli di studio /diplomi professionali/abilitazione:

in data __ presso __

in data __ presso __

in data __ presso __

in data __ presso __

- di essere iscritto/a al seguente corso di studi:

Presso __

- di essere iscritto/a all'albo/collegio professionale:

della Provincia di __ dal __

posizione n. __

- **di aver sottoscritto la seguente polizza di assicurazione** contro gli infortuni e le malattie professionali *allegata in copia*:

- Compagnia _____ numero polizza _____

- Valevole per il periodo dal _____ al _____

- **di non aver riportato condanne penali con sentenza definitiva**

CHIEDE

di frequentare codesto Istituto

Struttura _____

nel periodo dal _____ al _____

per il seguente motivo:

Dichiara di conoscere e accettare tutte le norme contenute nel Regolamento per la frequenza, nonché quelle concernenti l'organizzazione della struttura presso la quale è richiesta la frequenza.

Dichiara le seguenti situazioni di possibile conflitto di interesse (con richiamo l'art. 5 del regolamento frequenze: "Tutti i soggetti frequentanti a qualunque titolo l'Istituto hanno l'obbligo di dichiarare situazioni di possibile conflitto di interessi (a titolo esemplificativo: consulenze o collaborazioni a qualsiasi titolo a favore di ditte farmaceutiche o produttrici di apparecchiature o dispositivi medici, anche se non fornitrici dell'Istituto)").

Dichiara di essere informato, secondo quanto previsto dal D.Lgs n. 196/2003 e s.m.i, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Dichiara altresì di accettare la propria nomina a incaricato del trattamento dati personali e sensibili.

Allega:

1 copia documento d'identità

2 curriculum professionale datato e firmato.

3. scheda Job description

4. documentazione indicata all'url <https://burlo.trieste.it/content/come-frequentare-il-burlo>

Luogo e data

Il/La dichiarante

Visto, si esprime parere favorevole per i seguenti motivi (*precisare l'utilità per l'Istituto*)

Trieste,

Il Responsabile della Struttura ospitante _____

(Timbro e firma)