



Direzione Sanitaria

UOC Direzione Medica di Presidio – Coordinamento dipartimenti clinici

Direttore: dr. Basilio Tiso

Tel. 02 5503 3202 – 2570 - 2143.

mail: direzione.presidio@policlinico.mi.it

pec: direzione.presidio@pec.policlinico.mi.it

RICHIESTA DI FREQUENZA VOLONTARIA E GRATUITA

AL DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO

Il/La

sottoscritto/a _____

Luogo e data di nascita _____

Luogo di

Residenza/Domicilio _____

Tel./Cell. _____

C.F. _____

Identificato con documento _____ n. _____

Avanti

a _____ qualifica _____

Consapevole della responsabilità e delle sanzioni, di cui alla L. 445/2000 cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità,

DICHIARA DI ESSERE

- Studente in Medicina e Chirurgia, iscritto al ____ anno del corso di laurea anno accademico _____
- Laurea in Medicina e Chirurgia *conseguita il* _____
presso _____
- Titolo di Specialità *conseguito il* _____
presso _____
- Laurea in _____
conseguita il _____ *presso* _____
- Iscrizione all'albo _____





- Chiede di poter essere ammesso/a a frequentare l'U.O./Reparto

Diretta dal Prof./Dr _____

Motivo della frequenza _____

Durata della frequenza mesi _____ dal _____ al _____

Periodicità della frequenza (ore settimanali): _____

DICHIARA, ALTRESI'

Che la seguente documentazione prodotta in copia è conforme all'originale in proprio possesso:

- 1) *Documento di identità e Codice Fiscale
- 2) *Polizza RCT n° _____
Compagnia _____
- 3) *Polizza Infortuni n° _____
Compagnia _____
- 4) *Titolo di studio/Abilitanti _____
- 5) Attestazione di idoneità _____
- 6) Altro _____

* documenti obbligatori

N.B. Il richiedente dovrà presentare copia della Polizza Assicurativa per il rischio infortunio e per la RCT relativa all'attività che svolgerà presso la Fondazione Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico e per l'intero periodo di frequenza richiesto adeguata per identificazione dei rischi e per massimali.





AREA RISERVATA AL DIRETTORE/PRIMARIO

Esaminata la richiesta e considerata la disponibilità ricettiva della U.O./Reparto, si esprime

Parere _____

sino al _____

Il frequentatore sarà affidato al dr. _____
in qualità di "tutore" / "supervisore"

Milano, li _____

Timbro e firma del Direttore/Primario_

AREA RISERVATA ALLA DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO

Visto, si esprime parere

FAVOREVOLE

CONTRARIO

Milano, li _____

IL DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO

Dichiaro, inoltre di attenermi alle norme e regolamenti interni, anche in tema di riservatezza, rispetto a dati e/o informazioni di cui potrei venire a conoscenza;

dichiaro inoltre di essere informato/a di acconsentire ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della Legge 675/96 a che i miei dati personali vengono trattati, anche con strumenti informatici, e comunicati ad altri enti pubblici o a soggetti privati per rapporti di servizio, con modalità e procedure necessarie, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Per presa visione
IL DICHIARANTE

