



Direzione sanitaria

**U.O.C. Direzione Professioni Sanitarie** - Direttore: Dott. Dario Laquintana

Tel. 02 55033107 - Fax: 02 87181371 - mail: [dps@policlinico.mi.it](mailto:dps@policlinico.mi.it)

**RICHIESTA DI FREQUENZA VOLONTARIA E GRATUITA**

AL DIRETTORE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

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 \_\_\_\_\_, iscritto al \_\_\_\_\_ anno del corso di laurea, anno accademico \_\_\_\_ / \_\_\_\_

• Laureato in \_\_\_\_\_

Laurea conseguita il \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

• Iscritto all'albo \_\_\_\_\_

• Altro \_\_\_\_\_



Direzione sanitaria

**U.O.C. Direzione Professioni Sanitarie** - Direttore: Dott. Dario Laquintana

Tel. 02 55033107 - Fax: 02 87181371 - mail: [dps@policlinico.mi.it](mailto:dps@policlinico.mi.it)

Pag. 2

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

Diretta dal Prof./Dott. \_\_\_\_\_ Coordinata dal Dott./Sig. \_\_\_\_\_

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.**



Direzione sanitaria

**U.O.C. Direzione Professioni Sanitarie** - Direttore: Dott. Dario Laquintana  
Tel. 02 55033107 - Fax: 02 87181371 - mail: [dps@policlinico.mi.it](mailto:dps@policlinico.mi.it)

Pag. 3

**AREA RISERVATA AL DIRETTORE/PRIMARIO E AL RIA/ROA/RTA/RRA**

**IL DIRETTORE/PRIMARIO**

Esaminata la richiesta esprime parere \_\_\_\_\_

Milano, li \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Direttore/Primario \_\_\_\_\_

**IL RIA/ROA/RTA/RRA**

Esaminata la richiesta si esprime parere \_\_\_\_\_

Milano, li \_\_\_\_\_

Timbro e firma del RIA/ROA/RTA/RRA \_\_\_\_\_

**AREA RISERVATA ALLA DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

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

Parere \_\_\_\_\_ (se "favorevole")

sino al \_\_\_\_\_

Il frequentatore sarà affidato al/alla \_\_\_\_\_  
in qualità di "tutore" / "supervisore"

Milano, li \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Direttore \_\_\_\_\_

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