



Direzione Amministrativa

**UOC Affari Generali e Legali, Convenzioni**

Tel. 02 55038402

mail: [affarigenerali@policlinico.mi.it](mailto:affarigenerali@policlinico.mi.it)

**RICHIESTA DI FREQUENZA VOLONTARIA E GRATUITA**

AL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

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 iscritto al \_\_\_\_\_ anno del corso di laurea anno accademico \_\_\_\_\_
- Laurea *conseguita il* \_\_\_\_\_  
*presso* \_\_\_\_\_
- Titolo di Specialità *conseguito il* \_\_\_\_\_  
*presso* \_\_\_\_\_
- Laurea in \_\_\_\_\_  
*Conseguita il* \_\_\_\_\_ *presso* \_\_\_\_\_
- Iscrizione all'albo \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_
- 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 ALLA UNITA' OPERATIVA

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 AMMINISTRATIVA

Visto, si esprime parere

FAVOREVOLE

CONTRARIO

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

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

