



Spazio riservato

Ufficio Protocollo

**Al Direttore
SC Affari Generali e Legali
ASST Valcamonica**

Il/La sottoscritto/a _____ (c.f.: _____)
 nato/a a _____ il ___/___/_____
 e residente a _____ (c.a.p. _____)
 Piazza/Via _____ n. _____
 recapito telefonico: _____ e-mail _____
 matricola universitaria/scuola (se presente) _____

CHIEDE

di autorizzare il prolungamento dal ___/___/_____ al ___/___/_____ della frequenza presso il
 Servizio/U.O./Ufficio _____ già autorizzata con provvedimento
 _____ del _____

per il seguente motivo:

A tal fine, consapevole di quanto previsto dall' art. 76 (*Norme penali*) del d.P.R. 28/12/2000, n. 445, per chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, ai sensi degli articoli 46 e 47 dello stesso d.P.R., dichiara:

- di confermare i dati precedentemente comunicati;
- di attenersi scrupolosamente alle disposizioni previste dal d. lgs 30 giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni ed integrazioni, in materia di protezione dei dati personali;
- di essere a conoscenza di quanto stabilito dal Regolamento aziendale in materia;
- di essere a conoscenza di quanto stabilito dalla convenzione in essere tra soggetto proponente e soggetto ospitante anche per quanto riguarda i doveri da osservare ed il comportamento da tenere durante il tirocinio;
- di essere a conoscenza che i dati contenuti nella presente domanda saranno utilizzati esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (d. lgs n. 196/2003);

Mod./ASST

AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE DELLA VALCAMONICASede legale: Breno (Bs) - Via Nissolina, 2 - tel. 0364.3291 - fax 0364.329310 - CF/P.IVA n.03775830981
www.asst-valcamonica.it PEC: protocollo@pec.asst-valcamonica.it



di sollevare, sin d'ora, codesta Azienda da ogni tipo di responsabilità e rischio derivante dalla frequenza.

In riferimento al Piano Formativo individuale si dichiara che:

- il tirocinio verrà attivato dall'Istituto/Ateneo/Scuola/ecc;
 il tirocinio dovrà essere attivato e inserito tramite apposito portale dell'Istituto/Ateneo/Scuola/ecc da parte dell'ASST Valcamonica.

Ai sensi dell'art. 41 del d. lgs 9 aprile 2008, n. 81 (barrare l'ipotesi che ricorre):

- si sottopone alle misure di medicina preventiva stabilite dai protocolli di sorveglianza sanitaria aziendale;
 dichiara di essere sottoposto a sorveglianza sanitaria ed autorizza il medico competente dell'Azienda ad acquisire la relativa documentazione nonché al trattamento dei dati in essa contenuti.

In data, ___/___/_____

(firma)

