


MODULO PER: STAGISTI SCUOLE SUPERIORI

	SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE	Codice procedimento: 1/SPP
		Termine per provvedere: 30 gg dalla richiesta
		Codice titolario: I.5.07
		Telefono 0173 316294

Ulteriori informazioni su: <http://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/attivita-e-procedimenti/tipologie-di-procedimento/>
Tabelle procedimenti ad istanza di parte – procedimenti amministrativi ad istanza di parte – 01 SPP

PROTOCOLLO				
reg_aslCN2				
REGISTRO A.O.	DATA	NUMERO	TIPO	
Classificazione				
<i>generale</i>			<i>procedimentale</i>	
Risposta a nota n.			del	

**c.a. Direttore S.C. Amministrazione del
Personale e Sviluppo Risorse Umane**

**Responsabile Servizio di Prevenzione
e Protezione**

LORO SEDI

**OGGETTO: Richiesta di autorizzazione per lavoratore equiparato
(ai sensi dell'art.2, comma 1, lettera a del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.)**

(ai fini dell'accoglimento della presente richiesta è indispensabile la compilazione di tutti i campi di seguito riportati)

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) _____

nato/a a _____ Prov. (___) il ____/____/____

residente in _____ Prov. (___) Via _____

Tel. _____ Cod.Fisc./P.IVA _____

frequentante l'anno _____ presso _____
(indicare la Scuola/Istituto)

CHIEDE

di poter frequentare la S.C./Servizio di _____ diretta dal

Dott. _____ per il periodo dal ____/____/____ al ____/____/____

dalle ore _____ alle ore _____

in qualità di **STAGISTA DI SCUOLA SUPERIORE** per svolgere la seguente attività (descrivere)

MODULO PER: STAGISTI SCUOLE SUPERIORI

Il/la sottoscritto/a dichiara :

- di rispettare il dovere di riservatezza riguardo qualsiasi informazione relativa all'attività Aziendale o notizie inerenti all'Azienda, conosciute durante il proprio periodo di attività;
- di rispettare la privacy dei pazienti e di impegnarsi a non divulgare qualsiasi informazione eventualmente acquisita inerente lo stato di salute dei medesimi;
- di rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza sul luogo di lavoro, di sicurezza antincendio e sicurezza elettrica;
- di impegnarsi a tenere un comportamento ispirato ai principi di correttezza verso il personale dell'A.S.L., verso i terzi e soprattutto verso i pazienti, pena l'immediata revoca dell'autorizzazione alla frequenza e fatte salve eventuali responsabilità direttamente connesse e conseguenti a tale comportamento;
- di seguire le indicazioni del referente aziendale Sig./Sig.ra _____ e fare riferimento ad esso per qualsiasi esigenza
- di impegnarsi ad indossare specifico cartellino di riconoscimento fornito dal Servizio Prevenzione e Protezione.
- di impegnarsi a compilare, firmare e restituire alla S.S. Servizio di Prevenzione e Protezione dell'A.S.L. CN2 di Alba-Bra, la Dichiarazione redatta nell'ambito degli obblighi di informazione sui rischi per la salute e la sicurezza connessi all'attività lavorativa di cui all'art. 36 del D.lgs. 81/08 e s.m.i., reperibile al seguente indirizzo web:

<http://www.aslcn2.it/categorie-modulistica/servizio-di-prevenzione-e-protezione/>

FIRMA del richiedente

VISTO per accettazione:

IL DIRETTORE S.C. OSPITANTE

VISTO si autorizza:

IL DIRETTORE SANITARIO DI PRESIDIO/DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

MODULO PER: STAGISTI SCUOLE SUPERIORI

N.B.: il presente documento deve essere debitamente compilato e firmato dal richiedente, firmato in segno di accettazione dal Direttore della Struttura a cui il richiedente chiede di afferire e controfirmato, in segno di autorizzazione, dal Direttore Sanitario di Presidio ospedaliero (o dal Direttore di Dipartimento per i lavoratori equiparati che non operano presso i due nosocomi) e restituito alla S.C. Amministrazione del Personale e al Servizio di Prevenzione e Protezione

DICHIARAZIONE DI CONSENSO (ai sensi del D.Lgs. 196/03 e s.m.i. e Regolamento UE 2016/679)

Il/La sottoscritto/a _____ autorizza e acconsente che i dati indicati nella presente richiesta possano essere utilizzati e conservati agli atti per i fini istituzionali propri dell'A.S.L. CN2.

In fede _____ (il richiedente)