

Al Direttore Generale
dell'Azienda Ospedaliero- Universitaria
"Ospedali Riuniti"- viale Pinto n. 1
71100 Foggia

Oggetto: Frequenza di Servizi e Strutture dell'Azienda.

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a.....il.....
residente a.....Via.....N°.....
telefono/fax/e-mail.....

Interessato/a a completare la propria formazione e preparazione professionale nella disciplina o area o profilo di:

.....
In possesso del titolo e/o abilitazione professionale di.....conseguito il.....presso
l'Università di.....(oppure)
iscritto al ____anno del corso di:

.....presso l'Università di.....

Chiede di poter frequentare per:

- frequenza volontaria
- tirocinio/stage formativo pre - diploma di laurea
- tirocinio/stage formativo post - diploma di laurea
- formazione professionale
- ricerca
- altro (specificare).....

Il reparto/Struttura/Servizio di.....
della Vostra dal.....per mesi....., come da nulla osta in calce del dirigente
del settore indicato.

Sarò seguito/a dal tutor, individuato dal responsabile della Struttura/Servizio, nella persona del dr.....
A tali fini l'Azienda subordina la frequenza all'accertamento di:

- **idoneità fisica** alle funzioni da svolgere e all'assenza di patologie incompatibili con la specifica prestazione formativa, rilevabili tramite visita medica da effettuarsi, con spese a carico del richiedente, presso la Struttura di Medicina Legale dell'Azienda previa comunicazione della Struttura Affari Generali a seguito di accettazione della presente istanza;
- **stipula di polizza assicurativa infortuni** i cui massimali non possono essere inferiori a € 80.000,00 (sia per invalidità permanente che per morte).

NULLA OSTA ALLA FREQUENZA
Il dirigente/direttore della Struttura/Servizio
(timbro e firma leggibile)

Per essere ammesso/a alla frequenza volontaria sa di dover allegare:

1. copia in carta libera del diploma di laurea o titolo di studio/abilitazione professionale o iscrizione al relativo corso di formazione che giustifichi la frequenza nella disciplina o profilo o settore operativo.
2. copia della polizza per infortunio personale - nel caso in cui non fosse prevista dall'istituto/scuola/Università.

Dichiara inoltre di aver preso visione del disciplinare relativo alla frequenza volontaria presso le strutture dell'Azienda O.U. "Ospedali Riuniti" sottoriportato e di esonerare l'Amministrazione da ogni responsabilità derivante dalla frequenza della Struttura.

Si autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza, limitatamente alle procedure ad essa connesse.

Data _____

Firma _____

DISCIPLINARE PER LE FREQUENZE VOLONTARIE PRESSO STRUTTURE AZIENDA
Disciplina dei casi non previsti da normative statali o regionali

I frequentatori volontari sono osservatori, a fini di studio, formazione o ricerca delle attività svolte nei diversi reparti, Strutture e servizi dell'Azienda.

I frequentatori volontari **non possono esercitare direttamente mansioni o funzioni che rientrino nelle competenze tecnico-professionali del personale dipendente o convenzionato, né sostituirlo, non possono essere impiegati in attività che comportino autonomia decisionale, in particolare, non possono firmare alcun atto ufficiale dell'Azienda.**

Le modalità di frequenza, durata, orari, periodi, obiettivi formativi, valutazione, sono disposte dai dirigenti dei reparti interessati, direttamente o per delega.

Il dirigente del reparto è direttamente responsabile del movimento e delle attività di formazione di chi viene ammesso alla frequenza, soprattutto riguardo alle cautele da osservare.

Per essere autorizzato alla frequenza, l'aspirante deve inoltrare all'Azienda il relativo modulo-domanda debitamente compilato e corredato da:

- assicurazione per infortunio personale;
- copia del titolo di studio (diploma/titolo professionale/abilitazione, etc.) che legittimi il volontariato.

L'ammissione alla frequenza è disposta dal Dirigente della Struttura Affari Generali.

Il certificato di frequenza è rilasciato a firma del Direttore Generale o suo delegato, su richiesta scritta che dovrà recare in calce l'attestazione del periodo di effettiva frequenza sottoscritta dal Responsabile del reparto.

Data _____

Firma per presa visione da parte del volontario

Firma e timbro per presa visione da parte del responsabile

INFORMATIVA PER VOLONTARI E TIROCINANTI

Ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali – Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia

INFORMA i propri volontari e tirocinanti che:

I dati che vengono richiesti sono strettamente funzionali alla completa gestione del rapporto con Voi intercorrente, e per questo motivo un eventuale rifiuto a corrisponderli comporterebbe l'interruzione del rapporto.

I dati verranno mantenuti sia su supporti cartacei che informatizzati adeguatamente protetti, e verranno elaborati, se necessario, anche mediante l'ausilio di procedure informatizzate.

Non verrà fatta alcuna comunicazione o diffusione dei dati salvo il caso in cui ciò sia previsto da legge o regolamento.

A

I dati personali e sensibili vengono raccolti per il perseguimento delle seguenti finalità strettamente correlate alla instaurazione e prosecuzione del rapporto:

1. Igiene e sicurezza del lavoro;
2. Programmazione delle attività (pianificazione e monitoraggio dei compiti, del volume di lavoro e delle prestazioni lavorative) e Servizi di controllo interno (della sicurezza, della produttività, della qualità dei servizi, dell'integrità del patrimonio);
3. Tutela assicurativa del dipendente

I dati sensibili che il Dipartimento Amministrativo ha raccolto o tratta sono esclusivamente funzionali al perseguimento delle seguenti ulteriori finalità, espressamente autorizzate dal Garante per la protezione dei dati personali:

1. per adempiere o per esigere l'adempimento di specifici obblighi o per eseguire specifici compiti previsti da leggi, da regolamenti o da contratti collettivi anche aziendali, ovvero dalla normativa comunitaria, in particolare ai fini del rispetto della normativa in materia di igiene e sicurezza del lavoro o della popolazione, nonché in materia di tutela della salute, dell'ordine e della sicurezza pubblica;
2. per il perseguimento delle finalità di salvaguardia della vita o dell'incolumità fisica dell'interessato o di un terzo;
3. per far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria anche da parte di un terzo, sempreché, qualora i dati siano idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, il diritto da far valere o difendere sia di rango pari a quello dell'interessato.

B

I dati vengono trattati con le seguenti modalità:

1. raccolta di dati forniti dall'interessato, conservati in registri, elenchi, atti o documenti pubblici;
2. registrazione ed elaborazione su supporto cartaceo e/o magnetico;
3. organizzazione degli archivi in forma sia automatizzata che non automatizzata;
4. aggiornamento e mantenimento dei dati personali;

C

I dati, qualora ciò sia strumentale al perseguimento delle finalità indicate al punto A, potranno essere comunicati a:

1. studi professionali e di consulenza;
2. imprese di assicurazione;
3. organismi sanitari, personale medico, sanitario non medico e delle professioni sanitarie, solo nei casi in cui ciò sia previsto da legge o regolamento;

D

In relazione ai trattamenti dei propri dati personali effettuati dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia avete la facoltà di esercitare i diritti di cui all'articolo 7, Codice in materia di protezione dei dati personali – Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

E

Si segnala che Titolare del trattamento ad ogni effetto di legge è:

l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia con sede in viale Pinto n. 1 Tel. 0881/732127 – fax 0881/732591.

Si segnala che ogni richiesta di informazioni effettuata ai sensi dell'articolo 7, Codice in materia di protezione dei dati personali – Decreto Legislativo 30 giugno 2003 potrà essere rivolta a:

Referente privacy

Dott.ssa Laura Silvestris tel. 0881/733689 fax 0881/732591 presso la quale sarà altresì possibile ottenere l'elenco completo ed aggiornato dei Responsabili del trattamento; consultare i testi di legge relativi al trattamento dei dati personali.

G

Dati Sensibili.

Si informa che nel corso del rapporto potrà verificarsi che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia si trovi in possesso e/o abbia bisogno di trattare dati sensibili che riguardano i dipendenti. Questi verranno trattati nel rispetto delle disposizioni di legge e comunque con la massima cautela e riservatezza possibile.

INFORMATIVA PER VOLONTARI E TIROCINANTI

Ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali – Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia

Il/La sottoscritto/a _____ Residente o domiciliato in
Via _____ n° _____ Comune _____ CAP _____
_____ Tel. _____ fax _____ email _____
@ _____

a) dichiara di avere ricevuto l'informativa (sopra stesa) di cui dall'articolo 7 della legge 196/03, e conferisce il proprio consenso al trattamento nell'ambito delle finalità e modalità ivi indicate, nei limiti in cui il consenso sia richiesto ai sensi di legge.

b) preso atto che il Garante ha autorizzato il trattamento dei dati sensibili nell'ambito delle finalità e modalità previste dall'autorizzazione generale, conferisce il proprio consenso al trattamento.

Luogo _____

Data _____

Firma dell'interessato

ACCESSO AI DATI PERSONALI

- Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" -

Al Direttore Generale
dell'Azienda Ospedaliero-
Universitaria
"Ospedali Riuniti"- viale Pinto n. 1
71100 Foggia

- **da allegare alla domanda per frequenza/tirocinio** -

__l__ sottoscritt _____ codice
fiscale _____
nato/a _____ a _____ il _____ residente/domiciliato
a _____ prov. _____ c.a.p. _____ indirizzo _____
_____ telefono _____ documento _____ riconoscimento _____
rilasciato da _____

o in qualità di frequentatore volontario

o in qualità di tirocinante per conto

di: _____

(specificare la scuola/istituto/Università)

Iscritto/a all'albo professionale:
(se si, specificare quale e la città)

si

no

SI IMPEGNA

nel pieno rispetto del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" nonché del Regolamento Aziendale di applicazione dello stesso a garantire la norma di cui sopra per un eventuale accesso a dati personali che verranno trattati durante la mia frequenza alle strutture aziendali.

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

Concernente fatti, stati o qualità personali a diretta conoscenza dell'interessato
(artt.19 e 47, DPR n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a a _____ ()
il _____ Residente a _____ () C.a.p. _____ Via
n° _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR n. 445/2000 per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti; consapevole altresì di incorrere nelle decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Luogo e data _____

Il dichiarante _____

Si allega copia del documento d'identità in corso di validità