

Al Direttore Generale ASL RM/B
Via F. Meda 35
00157 R O M A

Oggetto: Frequenza volontaria di servizi e reparti dell'azienda

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ residente in _____ Via _____
CAP _____ Tel. _____ cell. _____ email _____
in possesso del seguente titolo di studio _____

CHIEDE

Di essere ammesso/a a frequentare la seguente struttura: _____
_____ sitain _____ via _____ per il periodo
dal _____ al _____ per i seguenti motivi _____

a tal fine dichiara:

- ◆ di non aver riportato condanne penali ne di aver procedimenti penali in corso;
- ◆ di non aver nei miei confronti provvedimenti di destituzione o dispensa presso la Pubblica Amministrazione;
- ◆ di non avere rapporti di lavoro con questa amministrazione o con altri Enti pubblici e o privati anche con occupazione a tempo parziale / ovvero avere rapporti di lavoro con _____
- ◆ di manlevare la ASL RM/B da ogni e qualsiasi responsabilita per danni che potrebbero verificarsi durante lo svolgimento della frequenza volontaria;
- ◆ di accettare tutte le condizioni stabilite nel Regolamento delle frequenze volontarie di cui ho preso visione;

(Si ricorda ai sensi del D.P.R. 445/2000 che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia)

allega fotocopia documento d'identita in corso di validita.

Roma, _____

Firma

Parere del Responsabile della Struttura e del Responsabile del Servizio

Firma e timbro del Responsabile della Struttura

Firma e timbro del Responsabile del Servizio

Roma, ____/____/____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il/La sottoscritto/a _____ autorizza e acconsente che i dati indicati nella presente possano essere conservati agli atti dell'Azienda U.S.L. RM/B.

Roma, ____/____/____

In fede _____