

**MODELLO PER LA RICHIESTA DI FREQUENZA PER LA FORMAZIONE
MEDICO SPECIALISTICA E MMG**

Al Direttore Generale

Al Direttore di Struttura/Dipartimento/Unità Operativa _____

Al Medico Competente

Al Direttore/Responsabile/Referente UOS Formazione

Da inviare a: protocollo@aulss8.veneto.it

- Richiesta frequenza
 Richiesta proroga/rinnovo frequenza

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ cap. _____ in Via _____

codice fiscale _____ recapito telefonico _____

e-mail _____

a sensi artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000
 DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

▪ **di essere iscritto/a:**

- Scuola di specializzazione _____ iscrizione all'anno _____
 dell'Università di _____

▪ **di essere in possesso della Laurea in:**

*di essere dotato di dosimetro per la sorveglianza fisica da Radiazioni Ionizzanti: **SI** **NO***di essere classificato in: **cat. A** **cat. B** **non esposto**

(Solo per gli iscritti alle Scuole di Specializzazione in: Anestesia e Rianimazione-Cardiologia-Cardiologia-
 Chirurgia generale-Chirurgia Vascolare-Endoscopia Digestiva-Fisica Sanitaria-Medicina Nucleare-Neurochirurgia-
 Neuroradiologia-Ortopedia-RadiologiaRadioterapia-Urologia)

CHIEDE

di frequentare la struttura/dipartimento/unità operativa di _____

per il periodo dal _____ al _____ per n. ore _____

nei seguenti giorni e orari specifici _____

▪ per lo svolgimento di:

- Pratica professionalizzante**

Allegare:

- 1) copia documento d'identità e codice fiscale;
- 2) attestato di frequenza del corso in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (ex D.lgs 81/2008 e sue s.m.i.) (in mancanza di tale attestato riferire al Direttore di Struttura/Dipartimento/Unità Operativa).

N.B. In caso di incompletezza e/o in mancanza degli allegati di cui al punto 1 la presente richiesta non sarà presa in considerazione.

Parere del Direttore di Struttura/Dipartimento/Unità Operativa
 (timbro e firma)

Firma del richiedente _____