

**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
DICHARA 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-Cardiochirurgia-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 _____