

MODELLO 2 : Modello autorizzazione frequenza volontaria

Prot. n. _____ del _____

Al Direttore del Macrocentro/ Servizio _____

Al/Alla Sig/Sig.ra dott/dott.ssa _____

E, p.c.

Al dirigente U.O. ospitante la frequenza

Oggetto : Autorizzazione frequenza volontaria sig./ dott._____

Vista la domanda finalizzata ad acquisire l'autorizzazione alla frequenza volontaria presso l'ASL Salerno presentata dal Sig/Sig.ra dott/dott.ssa _____;

Verificata la completezza della documentazione presentata , in conformità con quanto previsto dal regolamento aziendale per le frequenze volontarie;

Visti il Nulla Osta del Direttore del Macrocentro/Servizio ospitante e il parere favorevole del Dirigente Responsabile dell'U.O. individuata per la frequenza;

Vista la copia di polizza assicurativa per invalidità permanente o morte conseguente ad infortuni e malattie contratte in occasione della frequenza volontaria

Dato atto che il/la richiedente è coperto da polizza assicurativa per infortunio personale e che, pertanto, l'Azienda è sollevata dai rischi connessi alla frequenza

si autorizza il/la Sig/Sig.ra dott/dott.ssa _____

a frequentare l'UO _____ del Macrocentro/Servizio _____

dal _____ al _____ per mesi _____ per l'osservazione delle seguenti attività:

Si ricorda che l'effettiva ammissione alla frequenza avviene dopo acquisizione del giudizio di idoneità, ove richiesto, espresso dalla FC Medicina del Lavoro Aziendale. Il Direttore del Macrocentro Servizio ospitante, Dirigente Delegato Datore di Lavoro, ove necessario, invierà l'aspirante frequentatore alla Funzione Centrale Medicina del Lavoro Aziendale, che attiverà la sorveglianza sanitaria con oneri a carico dell'interessato

Distinti saluti

Il Dirigente Struttura Formazione