

**Al Direttore Generale
Ospedale Evangelico
Internazionale
Sal. Sup, S. Rocchino, 31 a
16122 GENOVA**

Io sottoscritto/a _____ nat_ a _____ il
____/____/____ e residente a _____ in Via/P.zza
_____ n. _____ Cap. _____ (tel. _____ e/o
cell. _____) in possesso del seguente titolo di studio
_____ conseguito in data ____/____/____ -
specializzata in _____ in data ____/____/20____
(ovvero frequentante il _____ corso
_____).

CHIEDO

- tirocinio
 frequenza volontaria

presso _____ con decorrenza dal ____/____/____ e
per un periodo di _____

Allego alla presente domanda (*):

titoli di studio (laurea, specializzazione ecc.....)

iscrizione all'albo professionale (se prevista)

polizze assicurative _____

autocertificazione (modulo consegnato dall'Ente)

fototessera

fotocopia documento d'identità e codice fiscale

DICHIARO

- 1) di essere cittadin_ italian_:
- 2) di essere iscritt_ nelle liste elettorali del Comune di _____;
- 3) di non aver riportato condanne penali nè di avere procedimenti penali in corso;
- 4) di non avere nei miei confronti provvedimenti di destituzione o dispensa presso la
Pubblica Amministrazione;
- 5) di non avere rapporti di lavoro con questa Amministrazione o con altri Enti pubblici
o privati anche con occupazione a tempo parziale (con orario superiore alle 20 ore);

6) di avere (posizione nei riguardi del servizio militare o civile)
_____;

Mi impegno inoltre, in caso di ammissione, ed a pena di decadenza dell'autorizzazione, a presentare al Servizio Personale, prima dell'inizio della frequenza, copia della polizza assicurativa, con un massimale non inferiore a € 1.000000, a copertura della responsabilità civile derivante dall'espletamento della propria attività professionale presso l'Ente.

Mi impegno inoltre a fornire copia di idonea polizza assicurativa contro il rischio di infortuni che dovessi subire durante la frequenza o comunque in relazione a detta attività e a fornire contestualmente una dichiarazione di manleva da ogni responsabilità civile o penale a favore dell'Ospedale stesso.

Genova, _____
_____ (firma)

(*) copia autenticata a norma di legge del titolo di studio o certificato di iscrizione di qualificazione professionale e, se previsto, certificato di abilitazione professionale.

DICHIARAZIONE DI MANLEVA

Il/la sottoscritto/a _____ in relazione alla mia domanda di
_____ dichiara di manlevare l'Ospedale Evangelico Internazionale da qualsiasi responsabilità civile e/o penale.

Distinti saluti.

Genova, ___/___/___
_____ (firma)

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il/La sottoscritto/a _____ autorizza e acconsente che i dati da me indicati nella presente possano essere conservati agli atti dell'Ospedale Evangelico Internazionale.

In fede _____
_____ (firma)

Ospedale Evangelico Internazionale
Salita Superiore San Rochhino, 31 a
16122 GENOVA

SERVIZIO _____

Ai sensi dell'art. 4 del Regolamento approvato dal Consiglio di Amministrazione con deliberazione n. 12 del 18 marzo 1995, si esprime parere _____ allo svolgimento di

- tirocinio
 frequenza volontaria

in qualità di _____ da parte del Signor/a:
_____.

L'attività può avere inizio il _____ e durata _____.

Genova, _____

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Visto il DIRETTORE SANITARIO

N.B. indicare il reparto/unità operativa o altro che consenta la chiara identificazione del luogo dove avviene la frequenza volontaria.