**Allegato B**

**Per il tirocinio curriculare del corso di laurea in Medicina e Chirurgia MEDIT**

Al Direttore Generale

Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti

Villa Sofia Cervello

Palermo

Per il tramite del Direttore Sanitario

Il/ la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ domiciliato/a in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n.\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono/Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**chiede alla S.V. di essere**

autorizzato a frequentare, a fini del tirocinio curriculare del corso di laurea in Medicina e Chirurgia-MEDIT dell’Università degli Studi di Palermo, senza alcun obbligo di retribuzione da parte di codesta Azienda Ospedaliera e sollevando l’Amministrazione da qualunque responsabilità connessa al periodo di frequenza presso la U.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della AORR Villa Sofia Cervello per un periodo di ore\_\_\_\_\_\_\_.

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_consapevole che nell’ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni

mendaci si applicheranno le sanzioni penali previste all’rt.76 del DPR 445/00, sotto la propria responsabilità

civile e penale, dichiara di avere preso visione e di accettare tutte le norme contenute nel regolamento interno di cui alla Delibera n.276 del 5 maggio 2014.

Allega alla presente:

* DOCUMENTO DI IDENTITA’
* SINTETICO PROGETTO FORMATIVO
* CERTIFICAZIONE DEL MEDICO COMPETENTE
* ATTESTATO CORSO SICUREZZA AI SENSI DEL D. Lgs. 81/08

Palermo lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la Dott/Sig\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per un periodo di mesi/ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha chiesto di frequentare come tirocinante

l’U.O. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si Esprime pertanto parere favorevole alla suddetta frequenza volontaria.

**Firma e timbro del Direttore**

**della U.O. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

“Si esprime parere favorevole”

Timbro e firma del

**DIRETTORE SANITARIO**