1. Indicazioni per ingresso

Gent.mo/a,

di seguito i moduli per avviare la richiesta alla frequenza presso IRCCS G. Gaslini da compilare e inviare a frequentatori@gaslini.org . Saranno accettate solo le domande compilate in maniera informatica.

1. [Corso sulla sicurezza Covid-19 all'interno dell'istituto](https://sharedoc.gaslini.org/index.php/s/6YVidOdrgCxEBXU), troverà il link di un corso da visionare e attestare.
2. Sulla domanda di frequenza troverà ulteriori 2 allegati da presentare

Con la modulistica completata, verrà attivato il percorso sanitario e sarà contattato dalla nostra medicina preventiva. L’entrata è subordinata al nulla osta sanitario. L'intera procedura potrebbe durare un massimo di 30 giorni.

A ridosso dell'entrata sarà sottoposto a tampone molecolare per ricerca Covid-19, presso la tensostruttura di fronte al padiglione 20, “Ospedale di giorno”, dopo le ore 10.

Il tampone sarà ripetuto periodicamente secondo i protocolli aziendali (settimanalmente o ogni due settimane nei punti tampone all’interno dell’istituto, chieda al suo tutor)

In caso di assenza per un periodo superiore ai 7 giorni, dovrà nuovamente sottoporsi al controllo prima di rientrare.

Si precisa che dovrà attenersi a tutte le misure previste dalla vigente normativa in tema di prevenzione da infezione Covid19 e sulla sicurezza negli ambienti di lavoro previsti dall’Istituto G. Gaslini, nelle sedi presso le quali svolgerà la frequenza.

La ringrazio e rimango a disposizione

Cordiali saluti

1. Domanda di frequenza

|  |  |
| --- | --- |
|  | **DOMANDA FREQUENZA** |

**IRCCS Giannina Gaslini**

 **CENTRO FORMAZIONE**

 Area studenti

 frequentatori@gaslini.org

La/ Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Di cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/corso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono/cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Chiede**

Di frequentare per il periodo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La seguente UOC/Dipartimento/sala operatoria/laboratorio/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Come frequenza volontaria a scopo didattico/approfondimento professionale/tirocinio

In qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Corso di laurea/ente di appartenenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A.A. \_\_\_\_\_\_\_\_\_sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall’art. 76 DPR 445/2000, dichiara:

1. Di aver preso visione del vigente regolamento sulla frequenza volontaria e di accettarlo integralmente senza riserve e in particolare di essere consapevole che la frequenza volontaria non configura rapporto di lavoro e non da diritto ad alcun compenso
2. Di essere consapevole che l’autorizzazione alla frequenza potrà essere rilasciata solo previa consegna di:
3. Polizza assicurativa (se non in convenzione)
4. Compilazione modulistica sanitaria allegata e nulla osta Medico Competente
5. Invio documenti richiesti
6. Adesione all’informativa sulla sicurezza
7. Di attenermi a tutte le misure previste dalla vigente normativa in tema di prevenzione da infezione Covid19 e alla sicurezza negli ambienti di lavoro previsti dall’Istituto G. Gaslini, nelle sedi presso cui svolgerò la frequenza .
8. Di partecipare al progetto tamponi screening: all’entrata, ogni settimana o ogni due settimana in base all’area di appartenenza e dopo ogni periodo di assenza superiore ai 7 giorni.

***Allego:***

* Copia dell’attestazione di frequenza dell’anno di laurea in corso o scuola di specializzazione.
* Copia di un documento valido.
* Copia del certificato vaccinazione anti Covid19.

I frequentatori che non abbiano aderito alla campagna vaccinale, potranno frequentare nel rispetto delle norme di sicurezza previste dalla legge (Vedi i DPCM, le norme emanate dall’Ateneo, da ALISA e dalle linee guida dell’Unità di crisi dell’istituto G. Gaslini http://www.gaslini.org/)

La/Il sottoscritta/o dichiara di essere informata/o, ai sensi del regolamento europeo GDPR 2016/679 art 13, che i dati personali sensibili saranno trattati dall’istituto G. Gaslini ai solo scopi istituzionali legati alla frequenza volontaria e che gli stessi non saranno diffusi o comunicati, salvi i casi di legge o di legittima richiesta dell’Autorità.

*Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *Io sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sono consapevole delle sanzione previste dall’art 76 del Testo Unico, DPR 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall’art.75 del medesimo Testo Unico, in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la mia responsabilità*

*Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

1. Dichiarazione presa visione

|  |  |
| --- | --- |
|   | **Dichiarazione Presa visione:** **PROCEDURE DI SICUREZZA PER ACCESSO** **TIROCINANTI E FREQUENTATORI****Fase2 Covid-19 *on line*** |

Corso sulle misure di prevenzione Covid-19: <https://sharedoc.gaslini.org/index.php/s/6YVidOdrgCxEBXU>

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Corso di laurea:**

□ Professioni Sanitarie 3° anno - CdL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Medicina e Chirurgia □ 5° anno □ 6° anno

□ Specializzando in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_anno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

* **Di aver preso visione della procedura di sicurezza per l’accesso all’istituto**
* **Di averne compreso i contenuti**
* **Di impegnarsi ad osservare le procedure ivi illustrate**

Genova il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **In fede**

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