



**SEZIONE A**

**DOMANDA PER AUTORIZZAZIONE ALLA FREQUENZA  
NELLE SEDI AZIENDALI DEL CRO**

**A cura del Richiedente**

**Alla Direzione Sanitaria (dirsan@cro.it)**

Il sottoscritto

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

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

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

Residente a: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Via e Numero: \_\_\_\_\_

Domicilio (compilare solo se diverso dalla residenza): \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

Indirizzo Mail: \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter essere ammesso/a presso la Struttura/il Servizio

In qualità di: \_\_\_\_\_ (tirocinante, dottorando, specializzando, frequentatore volontario, studente, senior visiting scientist ecc.) per svolgere (barrare solo una delle tre attività di interesse):

☐ **Attività di osservazione e azione diretta presso aree NON sanitarie quali uffici tecnici, uffici amministrativi, biblioteca ecc.**

*N.B. La richiesta di svolgimento di queste attività deve essere inviata almeno due mesi prima della potenziale data di inizio di frequenza*

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, di essere in possesso di (barrare la casella):

- ☐ Documentazione vaccinale (antitetanica) \*
- ☐ Attestato comprovante l'avvenuta Formazione Generale Lavoratori (4 ore) secondo l'Accordo Stato Regioni del 21/12/2011 \*\*

*\* obbligatorio SOLO per chi prevede di operare come manutentore, magazziniere, addetto all'officina.*

*\*\* in mancanza di tale attestato il CRO provvede ad informare il richiedente sui rischi specifici a cui può essere esposto nelle sedi aziendali.*

**SEZIONE A**

<input type="checkbox"/> <b>Attività di osservazione presso aree sanitarie</b> <i>N.B. La richiesta di svolgimento di queste attività deve essere inviata almeno un mese prima della potenziale data di inizio di frequenza</i>
A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, di essere in possesso di (barrare la casella): <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Documentazione vaccinale *</li> <li><input type="checkbox"/> Attestato comprovante l'avvenuta Formazione Generale Lavoratori (4 ore) secondo l'Accordo Stato Regioni del 21/12/2011 **</li> </ul> <p><i>* sempre obbligatorio ai fini dell'ottenimento dell'autorizzazione alla frequenza nelle sedi aziendali (il possesso della documentazione richiesta può essere soggetto ad accertamenti successivi).</i>  <i>** in mancanza di tale attestato il CRO provvede ad informare il richiedente sui rischi specifici a cui può essere esposto nelle sedi aziendali.</i></p>

<input type="checkbox"/> <b>Attività di osservazione e attività diretta presso aree sanitarie (es. assistenza pazienti e utenti, attività di laboratorio, attività diagnostica ecc.)</b> <i>N.B. La richiesta di svolgimento di queste attività deve essere inviata almeno due mesi prima della potenziale data di inizio di frequenza</i>
A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, di essere in possesso di (barrare la casella): <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Documentazione vaccinale *</li> <li><input type="checkbox"/> Test di mantoux o quantiferon (non anteriore a 24 mesi) *</li> <li><input type="checkbox"/> Attestato comprovante l'avvenuta Formazione Generale Lavoratori (4 ore) secondo l'Accordo Stato Regioni del 21/12/2011 **</li> </ul> <p><i>* sempre obbligatorio ai fini dell'ottenimento dell'autorizzazione alla frequenza nelle sedi aziendali (il possesso della documentazione richiesta può essere soggetto ad accertamenti successivi).</i>  <i>** in mancanza di tale attestato il CRO provvede ad informare il richiedente sui rischi specifici a cui può essere esposto nelle sedi aziendali.</i></p>

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

**Nel caso in cui il richiedente, secondo la legge italiana, fosse un minore, è necessaria anche la firma di un tutore legale.**

\_\_\_\_\_  
Cognome e Nome del Tutore Legale

\_\_\_\_\_  
Firma