

**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 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** **Attività di osservazione presso aree sanitarie**

*N.B. La richiesta di svolgimento di queste attività deve essere inviata almeno un mese 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 (epatite B, morbillo, rosolia, varicella, antitetanica) \*
- Attestato comprovante l'avvenuta Formazione Generale Lavoratori (4 ore) secondo l'Accordo Stato Regioni del 21/12/2011 \*\*

*\* sempre obbligatorio ai fini dell'ottenimento dell'autorizzazione alla frequenza nelle sedi aziendali (il possesso della documentazione richiesta può essere soggetto ad accertamenti successivi).*

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

 **Attività di osservazione e attività diretta presso aree sanitarie (es. assistenza pazienti e utenti, attività di laboratorio, attività diagnostica 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 (epatite B, morbillo, rosolia, varicella, antitetanica) \*
- Test di mantoux o quantiferon (non anteriore a 24 mesi) \*
- Attestato comprovante l'avvenuta Formazione Generale Lavoratori (4 ore) secondo l'Accordo Stato Regioni del 21/12/2011 \*\*

*\* sempre obbligatorio ai fini dell'ottenimento dell'autorizzazione alla frequenza nelle sedi aziendali (il possesso della documentazione richiesta può essere soggetto ad accertamenti successivi).*

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

\_\_\_\_\_, 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