

Al Direttore di struttura UOC _____
sede _____

dott./dott.ssa _____

Azienda Usl Toscana Nordovest

IL SOTTOSCRITTO

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____

residente in _____

Via _____ n. _____

domiciliato in _____

Via _____ n. _____

Tel.cellulare _____ Email _____

Titolo di studio _____

Attuale occupazione _____

CHIEDE

di poter frequentare volontariamente, con finalità di sola **OSSERVAZIONE**, la seguente struttura aziendale:

nel periodo dal _____ al _____ (max 90 gg)

sotto diretta supervisione della S.V, quale responsabile di struttura e per la seguente valida motivazione:

A tal fine, DICHIARA:

- di avere preso atto del relativo regolamento inerente le "frequenze volontarie osservative" approvato dall'Azienda Usl Toscana Nordovest;
- di NON essere in stato di gravidanza né in periodo di astensione obbligatoria dal lavoro come previsto dal Decreto Legislativo 26/03/2001 n. 151 (nel caso di soggetto femminile)
- di NON essere in collocamento a riposo;
- di NON trovarsi in situazioni anche potenziali di incompatibilità e/o conflitti di interesse con l'Azienda Usl Toscana Nordovest ai sensi della normativa vigente;
- di avere visionato l'informativa sui rischi specifici esistenti negli ambienti sanitari previsti dalla frequenza, di cui al documento scaricabile qui al seguente link:

<https://www.estar.toscana.it/index.php/portale/tecnico-amministrativo/informative-di-sicurezza-aziende-sanitarie>, in quanto il sottoscritto risulta inquadrato quale "volontario", ai sensi dell'art. 3 comma 12bis Dlgs 81/2008;

- di avere sottoscritto per presa visione l'Informativa relativa al trattamento dei dati personali ed impegnarsi a rispettare gli obblighi di riservatezza riguardo ad informazioni di cui potrei venire a conoscenza durante la frequenza.
Di essere comunque disponibile ad allontanarsi dalla struttura quando richiesto dagli utenti, informati preventivamente circa la presenza di un soggetto osservatore;
- di avere attivato una polizza assicurativa contro gli Infortuni e malattia con un massimale ritenuto adeguato in caso di morte, invalidità permanente e ogni altra affezione riconducibile in qualsiasi modo alla frequenza di cui trattasi;
- di avere attivato una polizza assicurativa per responsabilità civile verso terzi, relativa al profilo professionale specifico di riferimento del soggetto, con un massimale non inferiore a 300.000,00 euro che dovrà coprire espressamente i rischi collegati al contesto dove si svolge la frequenza;
- di presentarsi in struttura con idoneo abbigliamento consistente in divise monouso (divisa del visitatore) da reperire direttamente e a proprie spese e con proprie idonee calzature sanitarie;
- di impegnarsi ad esporre il relativo cartellino identificativo quale "Osservatore".

Si allegano alla presente i seguenti documenti:

1. copia di un Documento di Identità in corso di validità e, nel caso di cittadino straniero, copia del permesso di soggiorno per motivi di studio;
2. informativa/dichiarazione privacy come previsto da modulistica aziendale sottoscritta
3. curriculum formativo e professionale datato e firmato
4. polizza assicurativa per infortunio e malattia (valida per il periodo previsto per la frequenza)
5. polizza assicurativa per responsabilità civile verso terzi (valida per il periodo di permanenza come osservatore)

DATA _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

ENGLISH VERSION

To the Director of the Unit UOC

Location _____

Dr./Dr.ssa _____

Azienda Usl Toscana Nordovest

THE UNDERSIGNED

First Name _____ Last Name _____

Born in _____ on _____

Tax Identification Number _____

Resident in _____

Street _____ No. _____

Domicile (if different) _____

Street _____ No. _____

Mobile Phone _____ Email _____

Educational Qualification _____

Current Occupation _____

REQUESTS

to be allowed to voluntarily attend, for **OBSERVATION purposes only**, the following company facility:

_____ for the period from _____ to _____ (max 90 days)

under the direct supervision of the addressee, as the person responsible for the facility, for the following valid reason:

To this end, DECLARES:

- to have acknowledged the relevant regulation concerning "voluntary observational attendance" approved by Azienda Usl Toscana Nordovest;
- to NOT be pregnant or on compulsory maternity leave as provided by Legislative Decree 26/03/2001 No. 151 (in the case of a female subject);
- to NOT be retired;
- to NOT be in situations, even potential ones, of incompatibility and/or conflicts of interest with Azienda Usl Toscana Nordovest pursuant to current regulations;

- to have reviewed the information on the specific risks present in the healthcare environments covered by the attendance, as per the document downloadable at the following link: <https://www.estar.toscana.it/index.php/portale/tecnico-amministrativo/informative-di-sicurezza-aziende-sanitarie>, given that the undersigned is classified as a "volunteer" pursuant to Art. 3, paragraph 12-bis of Legislative Decree 81/2008;
- to have signed for acknowledgment the Privacy Notice regarding the processing of personal data, and to commit to respecting confidentiality obligations regarding any information that may come to their knowledge during the attendance period. To be available to leave the facility when requested by patients, who have been informed in advance of the presence of an observer;
- to have taken out an insurance policy against accidents and illness with a coverage limit deemed adequate in the event of death, permanent disability, and any other condition attributable in any way to the attendance in question;
- to have taken out a third-party liability insurance policy, relating to the specific professional profile of the individual, with a coverage limit of no less than €300,000.00, which must expressly cover the risks associated with the context in which the attendance takes place;
- to present themselves at the facility wearing appropriate clothing consisting of disposable uniforms (visitor attire) to be obtained directly and at their own expense, along with appropriate healthcare footwear;
- to commit to wearing the relevant identification badge as "Observer".

The following documents are attached hereto:

1. Copy of a valid Identity Document and, in the case of a foreign national, a copy of the residence permit for study purposes;
1. Privacy notice/declaration as required by the company's forms, duly signed;
2. Dated and signed educational and professional curriculum vitae;
3. Accident and illness insurance policy (valid for the planned attendance period);
4. Third-party liability insurance policy (valid for the duration of the observer placement).

DATE _____

APPLICANT'S SIGNATURE _____