

**MODULO PER: PROFESSIONISTI FREQUENTATORI**



**A.S.L. CN2**  
Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)  
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480  
e-mail: [aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it) – [www.aslcn2.it](http://www.aslcn2.it)

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

Alla c.a. **Direttore**  
**S.C. Amministrazione del Personale**

**SEDE**

**OGGETTO: Autorizzazione per professionista frequentatore**  
**(ai sensi dell'art.21 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.)**

(ai fini dell'accoglimento della presente richiesta è indispensabile la compilazione di tutti i campi di seguito riportati)

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_ ) il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_ ) Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cod.Fisc./P.IVA \_\_\_\_\_

titolo di studio/mansione \_\_\_\_\_

eventuale assicurazione RC verso terzi e polizza infortuni (di cui si allega documentazione)

**CHIEDE**

di poter frequentare la S.C./Servizio di \_\_\_\_\_ diretta dal

Dott. \_\_\_\_\_ per il periodo dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

in qualità di **PROFESSIONISTA FREQUENTATORE** per svolgere la seguente attività (descrivere):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## MODULO PER: PROFESSIONISTI FREQUENTATORI



**A.S.L. CN2**

Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)  
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480  
e-mail: [aslc2@legalmail.it](mailto:aslc2@legalmail.it) – [www.aslc2.it](http://www.aslc2.it)

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

Il/la sottoscritto/a dichiara:

- che non avrà mai a pretendere retribuzione, indennità o compenso di sorta, da parte dell'A.S.L. CN2 in quanto la propria prestazione avviene a titolo gratuito;
- di rispettare il dovere di riservatezza riguardo qualsiasi informazione relativa all'attività Aziendale o notizie inerenti all'Azienda, conosciute durante il proprio periodo di attività;
- di rispettare la privacy dei pazienti e di impegnarsi a non divulgare qualsiasi informazione eventualmente acquisita inerente lo stato di salute dei medesimi;
- di rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza sul luogo di lavoro, di sicurezza antincendio e sicurezza elettrica;
- di rispettare l'obbligo di compilare e sottoscrivere l'apposito modulo "Dichiarazione ai sensi del D.Lgs. 81/08" **allegato alla presente** (il modulo è anche reperibile nella sezione "Materiale Informativo" della pagina web <https://www.aslc2.it/categorie-modulistica/servizio-di-prevenzione-e-protezione/>) e di trasmetterlo alla S.S. Servizio Prevenzione e Protezione. Dal canto suo, l'A.S.L. CN2 è tenuta a fornire al professionista frequentatore le informazioni in merito ai rischi specifici esistenti negli ambienti in cui è chiamato ad operare, nonché sulle misure di prevenzione adottate e sulle misure utili a ridurre al minimo i rischi da interferenze;
- di rispettare le disposizioni impartite dai Direttori delle Strutture presso cui viene svolta l'attività e dalla S.C. D.M.P. (o Direttore del Dipartimento/Distretto) per quanto di rispettiva competenza, e ad operare con il massimo spirito di collaborazione con il personale dell'A.S.L. CN2 e con i destinatari dell'attività;
- di impegnarsi a tenere un comportamento ispirato ai principi di correttezza verso il personale dell'A.S.L. CN2, verso i terzi e soprattutto verso i pazienti, pena l'immediata revoca dell'autorizzazione alla frequenza e fatte salve eventuali responsabilità direttamente connesse e conseguenti a tale comportamento;
- di impegnarsi ad indossare, durante le ore di frequenza, idoneo abbigliamento e, ove necessario, camice e calzature sanitarie e gli eventuali Dispositivi di Protezione Individuale (D.P.I.);
- di esonerare l'amministrazione dell'A.S.L. CN2 da qualsiasi responsabilità per infortuni o danni derivanti dalle sue prestazioni in qualità di professionista frequentatore.

**FIRMA** del richiedente:

\_\_\_\_\_

**VISTO** per accettazione:

IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA OSPITANTE

\_\_\_\_\_

**VISTO** di autorizza:

IL DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO  
(O DIRETTORE DI DIPARTIMENTO/DISTRETTO)


\_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONE DI CONSENSO (ai sensi del D.Lgs. 196/03 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ autorizza e acconsente che i dati indicati nella presente richiesta possano essere utilizzati e conservati agli atti per i fini istituzionali propri dell'A.S.L. CN2.

In fede \_\_\_\_\_ (il richiedente)

**N.B.: il presente documento deve essere debitamente compilato e firmato dal richiedente, firmato in segno di accettazione dal Direttore della Struttura a cui il richiedente chiede di afferire e controfirmato, in segno di autorizzazione, dal Direttore Medico di Presidio (o dal Direttore del Dipartimento/Distretto di competenza per i professionisti frequentatori che non operano presso l'ospedale) e restituito alla S.C. Amministrazione del Personale**

	<b>SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE</b>	Codice procedimento: 1/SPP
		Termine per provvedere: 30 gg dalla richiesta
		Codice titolario: I.5.07
		Telefono 0172 1408395

Ulteriori informazioni su: <http://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/attivita-e-procedimenti/tipologie-di-procedimento/>  
 Tabelle procedimenti ad istanza di parte – procedimenti amministrativi ad istanza di parte – 01 SPP

## DICHIARAZIONE

*nell'ambito degli obblighi di informazione sui rischi per la salute e la sicurezza  
 connessi all'attività lavorativa di cui all'art 36 del D.lgs. 81/2008 e s.m.i.*

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_

presente nell'A.S.L. CN2 di Alba-Bra in qualità di (barrare la casella corrispondente):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Borsista</b>                     | <input type="checkbox"/> <b>Medico di continuità assistenziale</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Co.Co.Co / Co.Co.Pro.</b>        | <input type="checkbox"/> <b>Medico specialista ambulatoriale</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Dipendente aziendale</b>         | <input type="checkbox"/> <b>Specializzando/a</b>                   |
| <input type="checkbox"/> <b>Laureando/a</b>                  | <input type="checkbox"/> <b>Stagista scuola superiore</b>          |
| <input type="checkbox"/> <b>Lavoratore Socialmente Utile</b> | <input type="checkbox"/> <b>Tirocinante</b>                        |
| <input type="checkbox"/> <b>Lavoratore somministrato</b>     | <input type="checkbox"/> <b>Professionista frequentatore</b>       |

presso la Struttura/Servizio \_\_\_\_\_

Sede di \_\_\_\_\_

### DICHIARA

- di avere **visionato** tramite accesso all'indirizzo web:  
<http://www.aslcn2.it/categorie-modulistica/servizio-di-prevenzione-e-protezione/>  
 la seguente documentazione in formato elettronico:
  - **Opuscolo informativo D.Lgs. 81-2008 e s.m.i.**
  - **A-B-C delle emergenze**
- di avere **visionato il piano d'emergenza e d'evacuazione** relativo alla struttura in cui svolge la propria attività, reperibile all'indirizzo web:  
<http://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/servizio-di-prevenzione-e-protezione/piani-di-emergenza-ed-evacuazione/>



### DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza del **divieto di fumo** esistente nell'A.S.L. CN2 di Alba-Bra
- di essere a conoscenza del **divieto di assunzione e somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche**, di cui all'art. 15, Legge 125/2001 e s.m.i., relativo alle attività lavorative individuate nell'Allegato 1 del Provvedimento del 16/03/2006
- di **agire nel rispetto della privacy**, in ottemperanza a quanto disposto dal D.Lgs. 196/2003 e dal Regolamento UE 2016/679 e di **mantenere il segreto professionale** sui dati personali e sensibili di cui verrà a conoscenza
- (**Dichiarazione di consenso**) di autorizzare e acconsentire che i dati indicati nella presente richiesta possano essere utilizzati e conservati agli atti per i fini istituzionali propri dell'A.S.L. CN2, ai sensi del D.Lgs. 196/03 e s.m.i. e del Regolamento UE 2016/679

Data \_\_\_\_\_ Firma (per esteso) \_\_\_\_\_

*La presente dichiarazione deve essere restituita, debitamente compilata, firmata e protocollata a:  
 S.S. Servizio di Prevenzione e Protezione – Strada del Tanaro, 7/9 – 12060 Verduno (CN)  
 Tel. 0172 1408395 – email: prevenzione.alba@aslcn2.it*