

Al Direttore Generale dell'ASP N. 4 di Enna
Viale Diaz 7/9
Enna

Il sottoscritt _____;
in riferimento alla domanda di tirocinio formativo presentata presso questa Azienda Sanitaria Provinciale,

DICHIARA

- che nessun rapporto economico d'impiego nè di dipendenza funzionale viene ad instaurarsi tra il tirocinante e l' Azienda Sanitaria Provinciale di Enna.
- di sollevare l'A.S.P. di Enna da qualsiasi responsabilità per eventuali infortuni o malattie subiti durante l'attività di tirocinio, o danni fisici riportati a seguito di infortunio e/o per danni di qualunque natura apportati da apparecchiature, attrezzature ed impianti dell'Azienda, ovvero a terzi.
- di impegnarsi , in caso di accoglimento dell'istanza, a stipulare, a proprie spese apposita polizza assicurativa contro gli infortuni e contro eventuali danni che potrebbero essere arrecati alle apparecchiature, attrezzature ed impianti dell'Azienda, nonché la copertura della responsabilità civile verso terzi .
- di impegnarsi a rimborsare all'Azienda, le eventuali spese che la stessa fosse costretta a sostenere nell'interesse e/o per conto dello stesso.
- di accettare di tutte le norme contenute nel regolamento relativo ai tirocini di questa Azienda nonché le norme concernenti l'organizzazione del reparto o settore interessato presso il quale è richiesta la frequenza.

Le suddette dichiarazioni dovranno recare la firma del richiedente autenticata nei modi di legge.

Data _____

FIRMA
