

Foto a colori

formato  
"Tessera"\*

Ufficio "Rapporti con l'Università"  
Via Massarenti 9 - 40138 Bologna  
Padiglione 19 - Secondo piano - Stanza 45  
Tel. 051 214 3027 -3140  
Mail: postaspecializzandi@aosp.bo.it

COMPILARE TUTTI I DATI IN STAMPATELLO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

CELLULARE \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

medico in formazione specialistica iscritto al \_\_\_\_\_ anno di corso della Scuola di Specializzazione in

presso l'Università di \_\_\_\_\_

richiesta per frequenza extrarete presso l'IRCCS AOUI di Bologna

dal (giorno/mese/anno) \_\_\_\_\_ al (giorno/mese/anno) \_\_\_\_\_

presso la struttura organizzativa (=reparto) \_\_\_\_\_

diretta dal/dalla Dr./Dr.ssa/Prof./Prof.ssa \_\_\_\_\_

nell'autorizzare il trattamento dei propri dati ai sensi della vigente normativa

**chiede il rilascio del badge dell'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna**

Dichiara di essere consapevole che:

- il badge:
  - è un documento strettamente personale; ciascun medico in formazione specialistica è tenuto a custodirlo e ad evitare deterioramenti non derivanti dalla normale usura;
  - non può essere ceduto, neanche in via temporanea;
  - ha finalità identificative all'interno dell'Azienda: **deve essere sempre esposto in maniera visibile durante lo svolgimento della propria attività;**
  - consente l'accesso ai padiglioni aziendali, fatta eccezione per le aree riservate per le quali occorre specifica abilitazione da richiedere tramite il coordinatore infermieristico competente;
  - consente il ritiro del vestiario dagli appositi distributori automatici.
- un uso improprio del badge o, comunque, difforme dalle regole di utilizzo sarà segnalato ai competenti uffici dell'università di provenienza.

Si impegna a restituire il badge al termine della frequenza all'ufficio in indirizzo pena pagamento di € 15,00 (corrispettivo da versare anche in caso di smarrimento in corso di frequenza).

Data \_\_\_\_\_

Il medico in formazione specialistica

Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_