

MODULO RICHIESTA  
VOLONTARIATO

Mod1POAAGGLL16

Rev:1

Data:30/08/2018

pag.1

di:1

COMPILARE IN STAMPATELLO O  
AL COMPUTER  
IN TUTTE LE SUE PARTI

Spett.le ASST Bergamo Ovest  
Ospedale Treviglio  
**C.a. UOS AAGGLL - Settore AAGG**  
Piazzale Ospedale 1  
24047 TREVIGLIO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in via/piazza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Cap: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ prov.: \_\_\_\_\_ tel.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale: \_\_\_\_\_

In possesso del seguente titolo di studio: \_\_\_\_\_

(allegare copia del titolo)

## CHIEDE

Di poter frequentare quale **volontario/a** l'UO/Servizio di \_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Motivo richiesta volontariato: \_\_\_\_\_

Attività svolta: \_\_\_\_\_

(da concordare col Direttore/Responsabile del Servizio)

☐ Il volontario non parteciperà attivamente al percorso clinico del paziente

Nome tutor ASST designato: \_\_\_\_\_

Dichiara di aver già frequentato come volontario: SI ☐ fino al \_\_\_\_\_ NO ☐

## DICHIARA

☐ che per l'attività svolta sopra descritta non necessita di Polizza RCT

di aver stipulato polizza: ☐ RCT

☐ Infortunio

a copertura dell'attività di volontariato che svolgerà presso codesta ASST

## SI IMPEGNA

1. a sollevare l'ASST da ogni responsabilità che possa eventualmente derivare da infortunio sul luogo di lavoro durante lo svolgimento dell'attività di volontariato e/o in itinere (durante il tragitto abitazione/ASST e viceversa), oltre alla Responsabilità civile professionale ed eventuale colpa grave;
2. a regolarizzare la presenza su apposito file Excel.

Firma Richiedente

\_\_\_\_\_

Rischi Specifici per i quali è richiesta sorveglianza sanitaria:  
\*a cura del **Direttore/Responsabile del Servizio**

☐ Nessun rischio ☐ Stress da l.c. ☐ Aggressioni  
☐ Gas Anestetici ☐ Chemioterapici ☐ V.D.T. ☐ Turni  
☐ Rad. Ionizzanti ☐ Rad. Non ion. ☐ Chimico ☐ Rumore  
☐ MMC ☐ Infettivo/biologico ☐ Laser ☐ altro \_\_\_\_\_  
specificare

Necessaria visita preventiva dal Medico Competente\*:  
\*\*a cura del **direttore autorizzante** compilando il Mod1PSDS31

☐ sì

☐ no

## PRESA VISIONE / PARERE FAVOREVOLE

Firma Dir./Resp. del Servizio

Firma Dirigente Autorizzante