

Il, _____

Spett.le

ASL di Pescara

Oggetto: Richiesta di partecipazione in qualità di VOLONTARIO all'emergenza COVID-19

Il sottoscritto _____ nato/a a _____ il _____,
residente a _____ n. di telefono/cellulare _____,
mail _____ C.F.: _____, in
possesso della laurea/abilitazione alla professione di sanitaria di
_____, consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazioni mendaci,
dichiara, sotto la propria totale responsabilità di essere a conoscenza dei rischi connessi all'epidemia
causata dal Nuovo Coronavirus,

di essere stato :

- già operatore del SSN presso la struttura sanitaria di _____
_____ di _____
Provincia di _____ fino a _____

Lo stesso, dichiarando altresì di rispettare le norme igieniche e di sicurezza, sulla riservatezza dei
pazienti e del personale ASL, ed essendo consapevole che con l'accettazione della presente da parte
dell'ASL non si determinano in nessun modo i presupposti di qualsivoglia pretesa economica,

Chiede

di effettuare per n.2 mesi rinnovabili, attività professionale volontaria, in qualità di

- MEDICO CHIRURGO Specializzazione: _____
- INFERMIERE Competenze: _____

Lo scrivente dichiara di essere:

- Iscritto all'Albo Ordine dei Medici di _____
- Iscritto all'Albo Ordine degli Infermieri di _____;
- Interessato a svolgere l'attività di volontariato nella sede di:
 - Pescara presso l'unità ospedaliera (reparto) di _____
 - Penne presso l'unità ospedaliera (reparto) di _____
 - Popoli presso l'unità ospedaliera (reparto) di _____

Si allega copia del documento d'Identità

Firma: _____

Da inviare a federico.denicola@ausl.pe.it