

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