



Università degli Studi di Bari “Aldo Moro”
Dipartimento Universitariodi

.....
e, p.c. Al Direttore dell’U.O.C.
c/o A.O.U. Policlinicodi Bari

Oggetto: Richiesta di autorizzazione alla frequenza volontaria di strutture a direzione universitaria da parte di medici ed operatori sanitari.

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a
..... il residente a
via telefono
e-mail P.E.C.
in possesso del seguente titolo di studio
..... conseguito presso l’Università di il
..... discutendo la tesi dal titolo
.....
..... in possesso dell’abilitazione per l’esercizio della libera professione di
..... iscritto all’albo professionale
.....
interessato/a all’aggiornamento ed all’accrescimento delle proprie conoscenze professionali
C H I E D E
di essere ammesso alla frequenza volontaria dell’Unità Operativa.....
..... diretta dal/la Prof./ssa
per la durata¹

Dichiara inoltre di aver preso visione del “Regolamento per la frequenza delle strutture sanitarie”
pubblicato sulla pagina web di questa Università al link <http://www.uniba.it/organizzazione/amm-centrale/dru/uo-rapporti-con-il-servizio-sanitario-regionale-e-nazionale/rapporti-con-il-servizio-sanitario-nazionale-e-regionale/facolta-di-medicina/frequenza-di-strutture-a-direzione-universitaria-da-parte-di-medici-volontari/Regolamento%20medici%20frequentatori.pdf/view> di accettarlo.

DATA _____ FIRMA _____

Visto per accettazione del Direttore della U.O.C. _____

Note: La presente domanda deve essere consegnata presso la segreteria universitaria dell’U.O.C. che si intende frequentare o, in alternativa, presso il Dipartimento di ricerca di afferenza.

¹ La frequenza non potrà avere durata superiore ad 1 anno (è rinnovabile) e decorrerà dall’acquisizione del “nulla osta” della Direzione Sanitaria dell’Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari.

- Si allega la seguente documentazione prescritta dal suddetto Regolamento:

o. in alternativa

- Si fa riserva di allegare o di consegnare direttamente al competente ufficio dell'Ateneo (Staff Rapporti con il Servizio Sanitario Regionale e Nazionale) la seguente documentazione:

- Polizza per infortuni e copertura danni da r/c non inferiore a € 516,00 (equivalenti a £. 1.000.000)
- Documentazione comprovante effettuazione accertamenti sanitari:
 - E.C.G.
 - Intradermoreazione secondo Mantoux
 - Esami di laboratorio:
 - Emocromo con formula leucocitaria;
 - Azotemia;
 - Glicemia;
 - Bilirubinemia totale e diretta;
 - GOT, GPT, gamma GT
 - Colesterolo totale HDL (su richiesta)
 - VES
 - VDRL TPHA
 - Markers HBN***
 - HCV ab
 - HIV (previo consenso)
 - Rubeo test (solo personale Neonatologia/Pediatria)
 - Tampone faringeo
 - Coprocultura
 - Esame completo urine con sedimento