

**Al Direttore del Dipartimento di Biomedicina
Traslazionale e Neuroscienze - DiBrain**

Università degli Studi di Bari ALDO MORO

E p.c. Al Direttore della U.O.C di

c/o A.O.U.C Policlinico di Bari

**OGGETTO: Richiesta di autorizzazione alla frequenza volontaria di Unità Operative Complesse a direzione
universitaria da parte di medici e operatori sanitari.**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ alla Via _____ tel.
_____ e-mail: _____ PEC _____ 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 competenze professionali

CHIEDE

di essere ammesso alla frequenza volontaria dell'Unità Operativa Complessa di
_____ diretta dal/la Prof./ssa _____ per
la durata di _____ (non superiore a 12 mesi).

Dichiara, inoltre, di aver preso visione del “Regolamento per la frequenza delle strutture sanitarie” pubblicato al link
<https://www.uniba.it/organizzazione/amm-centrale/dir-gen/uo-rapporti-con-il-servizio-sanitario-regionale-e-nazionale/rapporti-con-il-servizio-sanitario-nazionale-e-regionale/frequenza-post-laurea-di-strutture-assistenziali/frequenza-di-strutture-a-direzione-universitaria-da-parte-di-medici-volontari/Regolamento%20medici%20frequentatori.pdf/view>

N.B.: La frequenza decorre dall'acquisizione del “nulla osta” della Direzione Sanitaria dell'A.O.U.C Policlinico di Bari.

Bari, _____

Il richiedente _____

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

Si allega Breve curriculum vitae

Si allega o si fa riserva di allegare o di consegnare direttamente al competente ufficio di Ateneo (U.O. Rapporti con il Servizio Sanitario Regionale e Nazionale) la seguente documentazione prescritta dal Regolamento di riferimento:

- Polizza assicurativa per la copertura di danni derivanti da responsabilità civile verso terzi non inferiore a € 516,00
- Polizza assicurativa per gli infortuni
- 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.

La suddetta domanda debitamente compilata e firmata e corredata da tutti gli allegati richiesti deve essere consegnata anche a mezzo e-mail all'**Ufficio Protocollo** del Dipartimento di Biomedicina Traslazionale e Neuroscienze direzione.dibrain@pec.uniba.it ubicato presso la Clinica Psichiatrica del Policlinico, per essere sottoposta al parere del Consiglio di Dipartimento.