
 <p>Ospedale Maggiore di Lodi Distretti e Presidi Lodigiani</p> <hr/> <p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Lodi</p>	<p><b>RICHIESTA RINNOVO AUTORIZZAZIONE DEL VOLONTARIO</b></p>	<p>Cod: IO.46 Mod.2 Rev. 0</p> <hr/> <p>Data: 04-12-2019 Pagina 1 di 1</p>
<p>Piazza Ospitale, 10 - 26900 Lodi</p>		

**Oggetto: richiesta rinnovo autorizzazione del volontario**

**Il Sottoscritto**.....

**Nato A** ..... **Il**.....

**Residente A**..... **Via**.....

**C.F.**.....

**Già autorizzato a frequentare il presidio ospedaliero di**  
.....

**U.O. /Servizio Di**.....

**Periodo Dal**..... **Al**.....

**Autorizzazione prot.n° del** .....

**In qualità' di VOLONTARIO**

**CHIEDE IL RINNOVO DELLE SUDETTA AUTORIZZAZIONE PER L'ANNO**.....

**Le polizze assicurative in atto scadranno il** ..... **pertanto il sottoscritto si impegna a presentare copia del rinnovo delle stesse entro il**.....

**Il sottoscritto esonera l'ASST di LODI DA QUALSIASI responsabilità collegata alla sua permanenza in ospedale, ed accetta tutte le norme contenute nel regolamento per la frequenza delle strutture dell'Azienda nonché quelle specifiche dell'Unità Operativa o Servizio.**

**Data**,.....

**Distinti saluti**

.....

**La mancata presentazione del documento comprovante il rinnovo della polizza in questione ,comporta il divieto di frequenza delle strutture dell'ospedale ed il decadimento dell'autorizzazione stessa.**

**Distinti saluti,**

**data**..... **firma**.....

**Parere favorevole DIRIGENTE SITRA**.....

**Tutor di riferimento**.....

**Vista dal Direttore Del Centro Di Formazione**.....

