



ATTESTATO DI FREQUENZA VOLONTARIA

RILASCIATO A

Nato/a a

il

DAL DIRETTORE DELLA STRUTTURA DI _____

DR. _____

Sede legale dell'Azienda dove si svolge la frequenza volontaria

**Azienda Ospedaliero- Universitaria "Ospedali Riuniti"
Viale Pinto n. 1 – 71122 Foggia**

Sede Frequenza volontaria

**AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FOGGIA
STRUTTURA DI _____**

2. PERIODO E DURATA DEL DELLA FREQUENZA VOLONTARIA

Il periodo di frequenza è stato coperto da polizza assicurativa per invalidità permanente o morte conseguente ad infortuni e malattie contratte in occasione della frequenza stessa.

Periodo di effettuazione frequenza
volont.

DAL

AL

Durata complessiva espressa in ore di
frequenza registrate (minimo 20
massimo 36 a settimana)

**IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA
FREQUENTATA
(firma)**

IL DIRETTORE SANITARIO (firma)

IL DIRIGENTE SIOS – area Formazione e Multimedialità

Solo se trattasi personale del comparto sanitario non medico (firma)