



**A.S.L. TO4**

Azienda Sanitaria Locale  
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

**Al. B**

**DOMANDA DI FREQUENZA VOLONTARIA – PROROGA**

**(da inoltrare alla Struttura Complessa di riferimento almeno 30 giorni prima della scadenza)**

Al Direttore Generale dell'A.S.L. TO4  
Via Po, 11  
CHIVASSO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in riferimento alla frequenza volontaria attualmente in corso presso la Struttura  
Complessa / Struttura Semplice / Dipartimento \_\_\_\_\_  
di \_\_\_\_\_ per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
autorizzata con determinazione della S.C. stessa n \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

La proroga della **frequenza volontaria in essere** presso la Struttura Complessa / Struttura Semplice  
/ Dipartimento \_\_\_\_\_  
di \_\_\_\_\_ per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
Chiede, inoltre, che ogni comunicazione relativa alla presente richiesta possa essere inoltrata  
all'indirizzo: \_\_\_\_\_

La presentazione della domanda di frequenza implica il consenso al trattamento dei propri dati personali nel rispetto della vigente normativa sulla protezione dei dati personali ed, in particolare, il Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali 2016/679, il d.lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modifiche e integrazioni, come modificato da ultimo dal d.lgs. 10/08/2018 n. 101.  
Si allega copia della polizza assicurativa in corso di validità di cui all'art. 4, del Regolamento Aziendale.

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che, ai sensi dell'art. 76 DPR 445/00, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dalla presente legge sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

**SEZIONE A CURA DEGLI UFFICI COMPETENTI**

**Parere del Responsabile/Direttore della Struttura Semplice/Complessa**

- FAVOREVOLE**
- NON FAVOREVOLE**

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma \_\_\_\_\_