



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Sorveglianza Sanitaria Aziendale

COGNOME _____

NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____

DATA DI NASCITA ____/____/____

CODICE FISCALE _____

TELEFONO _____

MAIL _____

SEDE DI TIROCINIO (Ospedale/ Distretto) _____

SERVIZIO/U.O. _____

INIZIO DI TIROCINIO ____/____/____

N.B: allegati a questi dati identificativi dovranno essere sempre presenti

- esito del tampone molecolare SARS-COV-2 con data antecedente **non più di 7 giorni** dall'inizio del tirocinio
- certificato vaccinale attestante **almeno la prima dose** della vaccinazione anti SARS-COV-2
- giudizio idoneità alla mansione specifica espresso dal Medico Competente di riferimento Unimore

si prega di inviare tutta la documentazione richiesta in **un'unica soluzione**, per facilitare l'attività del servizio di Sorveglianza Sanitaria ai seguenti mail cl.vaccari@ausl.mo.it- a.viviani@ausl.mo.it