



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

**Policlinico S. Orsola-Malpighi**



**ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA**

**ALLEGATO B**

**MODULO PER LA RICHIESTA DEL TIMBRO PERSONALIZZATO E DEI BADGE PER L'ACCESSO AL POLICLINICO,  
PER LA RILEVAZIONE PRESENZE E PER L'IDENTIFICAZIONE DEL MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA DA  
UTILIZZARE ALL'INTERNO DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA POLICLINICO S.ORSOLA-  
MALPIGHI**

**(da trasmettere alla DIREZIONE SANITARIA all'inizio del percorso formativo nel Policlinico unitamente al programma di formazione individuale annuale)**

La/Il sottoscritto/a Prof.ssa/Prof. \_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome in stampatello)

Direttore della Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_

**CHIEDE LA CONSEGNA**

**del timbro personalizzato e dei badge per l'accesso al Policlinico, per la rilevazione presenze e per l'identificazione**

per la/il Dott.ssa/ Dott. \_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome in stampatello)

Foto Formato Tessera  
(recente)

Nato a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(in stampatello)

Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
(in stampatello)

Il Direttore della Scuola di Specializzazione

\_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma)

La/Il sottoscritto Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_  
si impegna:

- ad utilizzare i badge e il timbro personalizzato esclusivamente durante la frequenza nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi;
- a riconsegnare i badge e il timbro personalizzato entro e non oltre 10 giorni dal conseguimento del diploma di specialità e/o nei casi di passaggio ad altra struttura sanitaria, sospensione, cessazione;
- in caso di duplicato di badge e/o timbro personalizzato, a versare gli importi stabiliti.

Il medico in formazione specialistica

\_\_\_\_\_  
(firma)