

**SCHEDA INFORMATIVA**

ATTENZIONE: SCRIVERE IN STAMPATELLO O A MACCHINA.

**DATI ANAGRAFICI**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente in (Città) \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

alla Via /Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_

**RAPPORTO DI LAVORO**

Per medico dirigente. Specializzazione conseguita e anno di specializzazione:

\_\_\_\_\_

Per infermiere o altro operatore sanitario, titolo conseguito e anno:

\_\_\_\_\_

Data di assunzione: \_\_\_\_\_

Ente di Appartenenza (Azienda Sanitaria Locale, Azienda Ospedaliera, ARPA, Università, ecc.):

---

Ruolo occupato presso la struttura di appartenenza:

---

Tipologia di contratto in corso:

---

Azienda Ospedaliera ove si svolge attualmente l'attività professionale:

---

Azienda Ospedaliera, se diversa da quella attuale, ove non hai usufruito del riposo giornaliero, settimanale nonché delle ferie:

---

## **ORGANIZZAZIONE DEI TURNI DI LAVORO**

Usfruisci di almeno 11 ore di riposo tra un turno e l'altro?

Sì  No

Il tuo orario di lavoro, comprensivo di reperibilità e/o straordinari supera le 48 ore?

Sì  No

Usfruisci di un periodo minimo di riposo di 24 ore per ogni 7 giorni di lavoro?

Sì  No

Usufruisce di un periodo minimo di riposo di 35 ore (24 + 11) per ogni 7 giorni di lavoro?

Sì  No

Usufruisce di 4 settimane di ferie nell'arco di un anno?

Sì  No

Luogo, Data

Firma

---

---