



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA**

Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



Staff di Direzione Generale e di Direzione Scientifica

MODULO RICHIESTA

CARTELLINO RICONOSCIMENTO/CONTRASSEGNO PARCHEGGIO

il/la sottoscritto/a:

NOME: _____ **COGNOME:** _____

DATA E LUOGO DI NASCITA: _____

CODICE FISCALE: _____

RESIDENZA: VIA _____

CAP _____ **CITTA'** _____

DOMICILIO: VIA _____

CAP _____ **CITTA'** _____

RECAPITO TELEFONICO:

FISSO: _____ **CELLULARE:** _____

E-MAIL: _____ **FAX:** _____

per i dipendenti/borsisti/contrattisti, ecc.:

QUALIFICA: _____

PRESSO: _____

MATRICOLA N.: _____

TITOLO ACCADEMICO (1): _____

SCADENZA: _____

(1) solo per il personale appartenente ai ruoli del personale laureato

per fornitori/informatori farmaceutici/operatori servizi, ecc.:

DITTA: _____

CHIEDE

rilascio **CARTELLINO IDENTIFICATIVO**

COLORE CARTELLINO:

GIALLO

VERDE

BLU

note: _____

FOTO

rilascio **CONTRASSEGNO PARCHEGGIO**

A tal fine dichiara:

- di impegnarsi a rispettare le norme di utilizzo delle aree autorizzate alla sosta presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli (di cui al documento consegnato);
- di impegnarsi ad applicare in modo **ben visibile dall'esterno** il contrassegno ad uno dei vetri dell'auto
- di restituire il contrassegno al termine del rapporto di lavoro con l'Istituto Ortopedico Rizzoli.

DATA _____ **FIRMA** _____