

*Alla Direzione Sanitaria
e
Alla Direzione Amministrativa
Azienda Ospedaliera Regionale "S. Carlo"
Via Potito Petrone
85100 POTENZA*

OGGETTO: Richiesta svolgimento attività di : **frequenza volontaria** **tirocinio**

__l__ sottoscritt__ _____ nat__ a _____
il _____, residente a _____ CAP _____ in via
_____ n. _____ Tel/cell _____
Codice Fiscale _____ mail _____

C H I E D E

di essere autorizzat__ a svolgere:

- frequenza volontaria proroga frequenza volontaria;
 n. _____ ore di tirocinio di specializzazione in _____
 n. _____ ore di tirocinio: pre- laurea triennale pre- laurea specialistica/magistrale post-
laurea specialistica corso formazione professionale Master professionalizzante - pre laurea e post
dal _____ al _____ presso _____ di codesta
Azienda, in qualità di _____ per massimo n. _____ ore
settimanali;

Relativamente al tirocinio dei Laureati Magistrali in Psicologia la:

- presentazione domande entro il 31.07 per iniziare il 15.09
 presentazione domande entro il 31.01 per iniziare il 15.03

A tal proposito dichiara ai sensi del DPR 445/2000 quanto segue:

- di essere cittadino italiano;
- di essere straniero con regolare permesso di soggiorno, che ivi si allega;
- di essere iscritt__ al ____ anno della Facoltà di _____ presso
l'Università degli Studi di _____;
 Corso di laurea triennale in _____;
 Corso di laurea specialistica in _____;
 Corso di laurea magistrale in _____;
- di essere iscritt__ al ____ anno del Corso di Specializzazione _____ presso
_____ sede di _____;
- altro _____;
- di essere laureat__ in _____ presso l'Università degli Studi di
_____ in data _____;
- di essere in possesso di seguenti ulteriori titoli (iscrizione albo, specializzazioni, qualifica. diploma
ecc)

- di non aver riportato condanne penali o carichi pendenti;

di avere una copertura assicurativa per infortunio e responsabilità civile verso terzi in quanto student_ (indicare l'Ente-Università o Scuola)_____ convenzionata con codesta Azienda;

In caso di accettazione della presente domanda:

per la frequenza volontaria di impegnarsi a produrre, su richiesta di questa Azienda, la seguente documentazione:

- RCT**(per un massimale di €.500.000,00):
- Infortuni** (per un massimale di €.80.000,00);
- Certificato** di sana costituzione fisica (medico di base)

per il tirocinio obbligatorio di impegnarsi a produrre, su richiesta di questa Azienda, la seguente documentazione:

- Progetto formativo;**
- Certificato** di sana costituzione fisica (rilasciato dell'Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente)

Luogo e data_____

FIRMA_____

Allega: **copia documento identità.**