

Alla Direzione Sanitaria Aziendale

All' Ufficio Tirocini
U.O.C. Affari Generali e Supporto Direzionale
Via Potito Petrone
85100 POTENZA

OGGETTO: Richiesta svolgimento attività di tirocinio

Il sottoscritt _____ nat_ a _____
il _____, residente a _____ CAP _____ in via _____
n _____ Tel/cell _____
Codice Fiscale _____ mail _____

CHIEDE

- 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; 2/2

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;

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.