



Sistema Sanitario Regione Liguria

AL DIRETTORE S.C. GESTIONE RISORSE UMANE

DR GIOVANNI FRANDI

**OGGETTO: Domanda tirocinio curriculare**

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a ..... ( ) il  
..... C.F. .... residente in  
..... via ..... n. ...., Tel  
.....cell. ...., indirizzo e-mail:  
..... frequentante il ..... anno dell'Università  
..... o della Scuola di Specializzazione in  
..... (denominata ..... con sede in  
..... via ..... nr.....

**CHIEDE**

Di poter svolgere il tirocinio curriculare come da progetto formativo e di orientamento allegato.

Il tutor aziendale individuato è: Dott./Dott.ssa .....

Inizio del tirocinio curriculare: .....

Luogo del tirocinio curriculare: .....

Termine del tirocinio curriculare: .....

Nr. ore da effettuare: .....

Con la presente, dichiaro di attenermi alle disposizioni che regolano i tirocini.

Data.....

Firma

**Documenti da allegare:**

- fotocopia documento di identità in corso di validità
- certificato di idoneità fisica rilasciato dalla Medicina Preventiva
- progetto dell'Università o della Scuola di Specializzazione sottoscritto dal tutor
- copia quietanza pagamento polizze