

OGGETTO : Domanda di tirocinio

Il/La sottoscritto/a nato/a (Prov)
il..... C.F. residente in
cap..... via n. Tel indirizzo
e-mail: in possesso dei seguenti titoli di studio:

.....
Conseguito presso l'Università di in
data..... con votazione

Oppure frequentante il (indicare l'anno)..... dell'istituto Universitario /scuola
.....presso

Oppure in possesso diploma diconseguito presso
.....

iscritt_ presso

- Istituto.....
- Università
- Scuola di Specializzazione.....

CHIEDE DI POTER SVOLGERE

- Tirocinio: Curriculare /Post Lauream /Master
- Stage Formativo

Presso (indicare la struttura aziendale dove si intende svolgere il tirocinio).....
.....(sede della struttura)

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

Inizio del tirocinio :

Termine del tirocinio.....

Nr. Ore da effettuare :

A TAL FINE DICHIARA:

- Di non avere a mio carico provvedimenti di destituzione o dispensa presso la Pubblica Amministrazione;
- di non avere rapporti di lavoro con questa Amministrazione o con altri Enti Pubblici e/o privati anche con occupazione a tempo parziale / ovvero avere rapporti di lavoro con.....;
- di aver preso visione e di attenersi al Regolamento Aziendale dell'ASL 5 "Spezzino" e alle disposizioni che regolano i tirocini , che accetta in ogni sua parte;
- di impegnarsi a mantenere la necessaria riservatezza per quanto attiene ai dati, ai fatti e alle informazioni di cui venga a conoscenza in ragione dell'attività di tirocinio e di non rivelare a terzi i suddetti dati, fatti e informazioni, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio stesso;
- di aver preso atto che ai sensi del Regolamento Europeo n.2016/679 i dati personali forniti dal sottoscritto verranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla gestione del rapporto di frequenza.

La Spezia

.....(*firma del tirocinante*)

Firma e timbro del Tutor

.....

*Firma e timbro del
Direttore della Struttura
che ospita il tirocinio*

.....

Elenco documenti da consegnare:

- fotocopia documento identità in corso di validità e codice fiscale
- certificato di idoneità rilasciato dalla Medicina Preventiva
- copia progetto formativo sottoscritto dal Tutor
- autocertificazione laurea