

**AL DIRETTORE S.C.
GESTIONE RISORSE UMANE
Via Fazio n.30, La Spezia**

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 del diploma di conseguito 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