

Alla ASL RMG
U.O.S. Formazione del Personale
Via Tiburtina 22/a
00019 Tivoli (Rm)
Fax 07743164482

OGGETTO: Richiesta di Tirocinio

Il/La sottoscritto/a (Nome/Cognome)

residente in (Via/Città/Provincia/CAP)

Nr. telefono cellulare

Iscritto/a presso

l' Università Facoltà

Corso di Laurea

chiede di poter effettuare il tirocinio presso questa ASL RMG
preferibilmente nella

Struttura

sotto la supervisione del/lla tutor

dal (indicare periodo) al

Dichiaro inoltre di non aver svolto altri tirocini formativi presso la ASL RMG

Dichiaro inoltre di aver svolto tirocini formativi presso la ASL RMG

dal al prot. autorizzazione

dal al prot. autorizzazione

dal al prot. autorizzazione

Data

Firma interessato

(Si prega riempire il seguente schema in ogni sua parte)