

Alla U.O.C. Formazione Universitaria ASL Roma 5
Via Parrozzani 3 – 00019 Tivoli (Rm)
• Tel. 0774.316 4807

OGGETTO: Richiesta di Tirocinio

Il/La sottoscritto/a (Nome/Cognome) _____

residente in (Via/Città/Provincia/CAP) _____

Nr. telefono cellulare _____

E-mail _____
(Se indicata, l'autorizzazione verrà inviata esclusivamente per posta elettronica)_

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

Timbro e Firma Responsabile struttura

Firma Richiedente

(Si prega riempire il seguente schema in ogni sua parte in stampatello leggibile, rinviare seguente mail : ada.silvestri@aslromag.it)