

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

**OGGETTO: Richiesta di Tirocinio per scuola di specializzazione**

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 la Scuola di Specializzazione \_\_\_\_\_

frequentante l'anno di corso (specificare se il I, II etc...) \_\_\_\_\_

**chiede di poter effettuare il tirocinio presso questa ASL ROMA 5 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 Roma 5

Dichiaro inoltre di **aver svolto** tirocini formativi presso la ASL Roma 5

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](mailto:ada.silvestri@aslromag.it) )