

MODELLO PER LA RICHIESTA DI FREQUENZA DI TIROCINIO

SPECIALIZZANDI NON MEDICI

Al Direttore Generale
Al Direttore di Struttura/Dipartimento/Unità Operativa _____
Al Medico Competente
Al Direttore/Responsabile/Referente UOS Formazione

Da inviare a: protocollo@aulss8.veneto.it

- ☐ Richiesta frequenza
☐ Richiesta proroga/rinnovo frequenza

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ cap. _____ in Via _____
codice fiscale _____ recapito telefonico _____
e-mail _____

a sensi artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000
DICHARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

▪ **di essere iscritto/a:**

☐ Scuola di specializzazione _____ iscrizione all'anno _____
dell'Università di _____

▪ **di essere in possesso della Laurea in:**

CHIEDE

di frequentare la struttura/dipartimento/unità operativa di _____
per il periodo dal _____ al _____ per n. ore _____
nei seguenti giorni e orari specifici (da concordare con il Tutor) _____

▪ per lo svolgimento di:

☐ **Tirocinio curriculare**

Allegare:

- 1) copia documento d'identità e codice fiscale;
- 2) progetto formativo con indicazione delle ore e periodo specifico di tirocinio;
- 3) attestato di frequenza del corso in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (ex D.lgs 81/2008 e sue s.m.i.) (in mancanza di tale attestato riferire al Direttore di Struttura/Dipartimento/Unità Operativa).

N.B. In caso di incompletezza e/o in mancanza degli allegati di cui ai punti 1 e 2 la presente richiesta non sarà presa in considerazione.

Parere del Direttore di Struttura/Dipartimento/Unità Operativa
(timbro e firma)

Firma del richiedente _____