

Al Direttore Generale

Azienda Sanitaria Provinciale n. 4
ENNA

OGGETTO : Richiesta Tirocinio Formativo.

I sottoscritt_ nat_ a _____ il _____
Residente a _____ CAP _____ Via _____ n _____
Tel. _____ cell. _____ e mail _____
C.F. _____ Titolo di studio : _____
Interessat_ a completare la propria formazione in _____;

C H I E D E

Di potere svolgere :

- tirocinio formativo e di orientamento previsto nel percorso formativo (lauree professioni sanitarie);
- tirocinio post- lauream,
- Altro _____;
presso l' U.O. di _____ Struttura _____
- Periodo di tirocinio n. mesi _____, (non inferiore a sei mesi e non superiore ad un anno solare.)

Allega :

1. Fotocopia autocertificata del Titolo di Studio,
2. Fotocopia autocertificata di un documento di riconoscimento ,
3. Fotocopia autocertificata del Codice Fiscale,
4. Dichiarazione,
5. Altro _____,

Data _____

F I R M A

IL sottoscritt_ è consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per dichiarazioni mendaci .