

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>MODULO</b>	Domanda Tirocinio CP (SOGRU.MO.2301.01)
		Pag. 1/1

## Domanda di ammissione a Tirocinio Curriculare e Professionalizzante

**Al Direttore Generale  
dell'ASL – VC  
C.so Mario Abbiate 21  
13100 VERCELLI**

Ente promotore \_\_\_\_\_

Facoltà/CDL \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

N. e data Convenzione \_\_\_\_\_

Nominativo tutor dell'ente \_\_\_\_\_

mail e n. telefono tutor dell'ente \_\_\_\_\_

### chiede di autorizzare lo svolgimento di tirocinio di

Nominativo tirocinante \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

mail e n. telefono \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Attuale condizione    Studente \_\_\_\_\_    (iscritto al \_\_\_\_\_ anno)    Laureato \_\_\_\_\_

Soggetto portatore di handicap    SI \_\_\_\_\_    NO \_\_\_\_\_

Dipendente Azienda ospitante    SI \_\_\_\_\_    NO \_\_\_\_\_

Dipendente presso altra azienda sanitaria    SI \_\_\_\_\_    NO \_\_\_\_\_

se sì quale \_\_\_\_\_

### presso

Struttura \_\_\_\_\_

per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

N. ore totali \_\_\_\_\_

tal fine dichiara

- che l'attività di tirocinio è coperta da polizza assicurativa per infortunio e R.C professionale

- di aver preso visione del "Regolamento per lo svolgimento di tirocini presso strutture dell'ASL VC" e di accettarlo integralmente.

Si allega progetto formativo o descrizione dettagliata degli obiettivi educativi

data \_\_\_\_\_

firma del tirocinante \_\_\_\_\_

timbro firma dell'ente promotore \_\_\_\_\_

Stesura:	Verifica:	Autorizzazione:	Emissione:
Dott.ssa Daniela Bervignoli Formazione Giugno 2022	Dott. Damiano Marraffa Direttore SOGRU Giugno 2022	Dott. Eva Colombo Direttore Generale Giugno 2022	Dott. Damiano Marraffa Direttore SOGRU Giugno 2022

*QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.*