

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Domanda Tirocinio SL (FORM.MO.2303.02).doc
		Pag. 1/1

Domanda Tirocinio PCTO

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

Scuola /Ente promotore _____

indirizzo _____

Nominativo responsabile tirocini _____

mail e n. telefono responsabile _____

chiede di autorizzare lo svolgimento di **tirocinio alternanza scuola/lavoro per**

Struttura/ambito di tirocinio	n. studenti	Periodo tirocinio	Note

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.

data _____

timbro firma della scuola/ente promotore _____

Stesura:	Verifica:	Autorizzazione:	Emissione:
Daniela Bervignoli – Responsabile e Referente Formazione Aziendale e Sistema ECM – Giugno 2023 Luigia Maria Calderaro – Referente Qualità Sistema ECM – Giugno 2023	Michela Cagliano – Referente S.S. Qualità – Giugno 2023	Eva Colombo – Direttore Generale ASL VC - Giugno 2023	Daniela Bervignoli – Responsabile Servizio Formazione Aziendale – Giugno 2023
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			