

## Domanda Tirocinio Alternanza Scuola/Lavoro

**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 \_\_\_\_\_