

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Parere Tirocinio SL (FORM.MO.2304.02).doc
		Pag. 1/1

Parere del Responsabile della Struttura per i Tirocini PCTO

Il Responsabile della Struttura _____

presa visione della richiesta di tirocinio di _____

per il periodo dal _____ al _____

◇ **Esprime parere favorevole alla frequenza e stabilisce che:**

Nominativi Tutor aziendali (Max 2 tirocinanti per tutor) e n. tirocinanti

Tutor _____

n. tirocinanti _____

Tutor _____

n. tirocinanti _____

Tutor _____

n. tirocinanti _____

Attività che potrà svolgere il tirocinante :

◇ **Esprime parere NON favorevole alla frequenza con la seguente motivazione:**

dichiara

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

Data _____

timbro e firma del Responsabile Struttura _____

firma Tutor _____

firma Tutor _____

firma Tutor _____

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.