

Al Direttore Generale F.F. ASP CZ  
Dr. Ilario Lazzaro  
Al Responsabile U.O. FORMAZIONE ASP CZ  
Dott.ssa Annamaria Bruni  
AL DIRETTORE/RESPONSABILE U.O.

ASP CZ

Dott. \_\_\_\_\_

(sede tirocinio) \_\_\_\_\_

OGG: RICHIESTA Autorizzazione TIROCINIO PRE/POST LAUREA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_  
iscritto presso l'Università \_\_\_\_\_ corso di laurea \_\_\_\_\_

Comunica che la Convenzione per il tirocinio in richiesta, è stata stipulata tra ASP CZ e la propria Università con Delibera ASP CZ n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Pertanto **CHIEDE**

**Per tirocinio**  Pre-Laurea  Post-Laurea

Di poter effettuare n° \_\_\_\_\_ ore di tirocinio previste dal suddetto Corso di Laurea presso l'Unità Operativa \_\_\_\_\_ dell'ASP di Catanzaro.

Si allega alla presente: 1) **copia fotostatica del Documento d'Identità del tirocinante** in corso di validità;  
2) **dichiarazione per Vaccinazione COVID-19**

Dichiaro sotto la mia responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, che i dati sopra riportati veritieri. Inoltre, autorizzo l'ASP CZ, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs n. 196/03 e successive modifiche, al trattamento dei miei dati personali per la gestione dell'attività formativa. Dichiaro, altresì, di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici.

Firma del Tirocinante

\_\_\_\_\_

**Nulla Osta - Visto**

Il Direttore/Responsabile dell'Unità Operativa ospitante

Firma \_\_\_\_\_

Timbro

Indicare il TUTOR assegnato (nome e cognome in stampatello) \_\_\_\_\_

Lì \_\_\_\_\_