

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

ASP CZ

Dott. _____

(sede tirocinio) _____

OGG: RICHIESTA Autorizzazione TIROCINIO SPECIALIZZAZIONE

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____,
residente a _____ in via _____ tel. _____
email _____
iscritto al Corso di Specializzazione in _____
presso _____

Comunica che la Convenzione per il tirocinio in richiesta, è stata stipulata tra ASP CZ e il proprio Istituto con
Delibera ASP CZ n° _____ del _____

Pertanto **CHIEDE**

Di poter effettuare n° _____ ore di tirocinio previste dal suddetto Corso di Specializzazione 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 _____