

Al Direttore Generale F.F. ASP CZ  
Dr. Ilario Lazzaro  
Al Responsabile U.O FORMAZIONE ASP CZ  
Dott.ssa Annamaria Bruni  
Ai Direttori  
(sede tirocinio) \_\_\_\_\_

**OGG: RICHIESTA Autorizzazione TIROCINIO Scuole OSS**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Iscritto al Corso \_\_\_\_\_  
Presso \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

Pertanto **CHIEDE**

Di poter effettuare n° \_\_\_\_\_ ore di tirocinio previste dal suddetto Corso presso le Unità Operative dell'ASP di Catanzaro, secondo la seguente tabella.

A cura del P.O.U.

U.O. (Reparto)	Tutor assegnato	Periodo Orientativo	Firma Direttore/Responsabile U.O.

Timbro e Firma Direzione P.O.U.

Lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_