

**MODULO RICHIESTA TIROCINIO PRESSO I.S.S.**

Spett.le

- **Direttore Dipartimento/U.O.C.**

e p.c. - **Ufficio Personale e Libere Professioni**

Data \_\_\_\_\_

Il/la Sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_ Cod. I.S.S. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

N° Cell: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

in possesso del titolo di studio: \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI ACCEDERE AL TIROCINIO:**

Tirocinio Curriculare/Volontario  Tirocinio Legge n. 64/1992

Presso la U.O. \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ .

*Al termine del tirocinio chiede l'attestazione del tirocinio svolto, certificato dal:  
DIRETTORE, TUTOR o DIRETTORE DIPARTIMENTO.*

*Si allegano i seguenti documenti:*

Iscrizione Corso di Studio Universitario  Idoneità del Medico del Lavoro alla mansione  
 Assicurazione  Curriculum  Fotocopia Documento Identità  Certificato di Laurea  
 Iscrizione all'Albo  Abilitazione  
 Altro \_\_\_\_\_

Firma dell'Interessato/a \_\_\_\_\_

**Spazio riservato al Direttore/Responsabile del Servizio**

Si autorizza  Non si autorizza

Firma del Direttore/Responsabile \_\_\_\_\_