

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Domanda Tirocinio CP (FORM.MO.2301.02).doc
		Pag. 1/1

Domanda di ammissione a Tirocinio Curriculare e Professionalizzante

**Al Direttore Generale
dell'ASL – VC
C.so Mario Abbiate 21
13100 VERCELLI**

Ente promotore _____

Facoltà/CDL _____

indirizzo _____

N. e data Convenzione _____

Nominativo tutor dell'ente _____

mail e n. telefono tutor dell'ente _____

chiede di autorizzare lo svolgimento di tirocinio di

Nominativo tirocinante _____

Luogo e data di nascita _____

mail e n. telefono _____

CF _____

Attuale condizione Studente _____ (iscritto al _____ anno) Laureato _____

Soggetto portatore di handicap SI _____ NO _____

Dipendente Azienda ospitante SI _____ NO _____

Dipendente presso altra azienda sanitaria SI _____ NO _____

se si quale _____

presso

Struttura _____

per il periodo dal _____ al _____

N. ore totali _____

tal fine dichiara

- che l'attività di tirocinio è coperta da polizza assicurativa per infortunio e R.C professionale

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

Si allega progetto formativo o descrizione dettagliata degli obiettivi educativi

data _____

firma del tirocinante _____

timbro firma dell'ente promotore _____

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.			