

	MODULO	Domanda Tirocinio CP (FORM.MO.2301.04).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 sì 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:
S.S. Formazione, Ricerca e Innovazione – Settembre 2026	Direzione Generale – Settembre 2026	Direzione Generale – Settembre 2026	S.S. Formazione, Ricerca e Innovazione – Settembre 2026
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			