

	MODULO	Parere Tirocinio CP (FORM.MO.2302.05).doc
		Pag. 1/1

Parere del Responsabile della Struttura per i Tirocini Curricolari e professionalizzanti

Il Responsabile della Struttura _____

presa visione della richiesta di tirocinio di _____

per il periodo dal _____ al _____

◇ **Esprime parere favorevole alla frequenza e stabilisce che il frequentante potrà svolgere le seguenti attività:**

◇ **Esprime parere NON favorevole alla frequenza con la seguente motivazione:**

◇ **In caso di parere favorevole individua il nominativo del tutor aziendale:**

Per il comparto parere del DIPSA SI _____ NO _____

Firma del Responsabile _____

in riferimento al Regolamento per i tirocini:

dichiara

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

di adottare tutte le misure organizzative di prevenzione e protezione previste dalla normativa vigente nazionale e regionale negli ambienti di lavoro, assicurando al tirocinante adeguati livelli di protezione, informazione e formazione sull'utilizzo dei DPI e tutte le precauzioni sanitarie necessarie.

◇ che è necessario sottoporre a sorveglianza sanitaria per rischi relativi alle radiazioni ionizzanti (D.Lgs 230/95 e s.m.) il frequentatore in quanto esposto a rischi contemplati dalla normativa (barrare se necessario)

Data _____

firma del Tutor _____

timbro e firma del Responsabile Struttura _____

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.			