

Mod. 23/10/2025

Al Responsabile U.O.S. Formazione e Accreditamento

Email: formazione.tirocini@asp.cz.it

E p.c. Al Dir./Resp. U.O. ospitante *Dr./Dr.ssa* _____

U.O. ospitante _____

Sede/i U.O. ospitante _____

LORO SEDE

OGGETTO: RICHIESTA AUTORIZZAZIONE TIROCINIO SPECIALIZZAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente alla via _____

in _____ tel. _____ C.F. _____

e-mail _____ iscritto/a presso l'Istituto/Università
_____ al Corso di Specializzazione

- Comunica che la Convenzione per il tirocinio in argomento, è stata stipulata tra l'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro ed il proprio Istituto/Università con Delibera ASP CZ n. _____ del _____;
- Dichiaro sotto la sua responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, che le informazioni sopra riportate sono veritiere;
- Autorizza l'ASP CZ, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/03 e s.m.i., al trattamento dei dati personali per le finalità di cui alla presente richiesta, dichiarando, altresì, di essere informato che gli stessi saranno gestiti anche con strumenti informati;
- Allega copia del proprio documento d'identità in corso di validità, fronte e retro.

CHIEDE

Di poter effettuare n. _____ ore di tirocinio previste dal suddetto Corso di Specializzazione, presso l'Unità Operativa _____ dell'ASP di Catanzaro – sede/i _____.

_____, li ____/____/____

FIRMA DEL TIROCINANTE

TUTOR assegnato (nome e cognome in stampatello)	_____
---	-------

_____, li ____/____/____

Timbro e firma per *nulla osta* Dir./Resp. U.O. Ospitante