



Protocollo n.

Oggetto: Richiesta svolgimento tirocinio formativo.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____ e residente a _____

In via _____ n. _____ tel. _____

Tutte le comunicazioni al tal scopo, verranno validamente effettuate al seguente

Indirizzo mail : _____

Iscritto presso Università/ Ente _____,

Facoltà _____,

Corso di Laurea/nome del corso _____,

Richiede inizio tirocinio ☐ prosecuzione tirocinio ☐

presso la struttura di _____

presidio ospedaliero _____,

per il periodo dal _____ al _____,

in conseguenza della convezione stipulata fra l'ente di cui sopra e l'Azienda Ospedaliera Brotzu.

Il sottoscritto si impegna a non effettuare il tirocinio in mancanza di apposita comunicazione positiva da parte dell'Ufficio Formazione.

Firma del richiedente _____

Il tutor (Timbro e firma) _____

Parere favorevole Responsabile Struttura (Timbro e firma) _____

Motivazione parere non favorevole _____

A cura della S.S.D. Formazione:

Parere favorevole ☐ non favorevole ☐

Motivazione parere non favorevole

Firma Responsabile S.S.D. Formazione (Timbro e firma) _____