

Al Dirigente
dell'Area Affari Generali e Legali
dell'A.O. "G. Rummo"
Via dell'Angelo, 1
82100 Benevento

DOMANDA DI AMMISSIONE
AL TIROCINIO FORMATIVO

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a
a _____ (Prov. ___) il _____ e residente a
_____ (Prov. ___) alla Via _____,
c.a.p. _____, tel _____, cell. _____, email
_____, codice fiscale _____,

C H I E D E

di poter svolgere il tirocinio formativo e di orientamento presso codesta Azienda Ospedaliera nella
struttura _____, per i seguenti motivi:

Si impegna, all'accettazione della presente domanda, a fornire il progetto formativo del tirocinio in
triplice originale, secondo lo schema predisposto, controfirmato dal tutor aziendale incaricato e ad
accettare tutte le disposizioni di cui al regolamento in materia di tirocini dell'A.O. "G. Rummo" di
Benevento.

Dichiara, inoltre, di avere preso visione del Codice di comportamento nazionale ed aziendale e del
Documento Programmatico di Sicurezza aziendale, nonché di essere edotto/a circa le norme in
materia di prevenzione della corruzione.

_____, li _____
