Al Dirigente
IPASD Formazione dell'A.O. "G. Rummo"
Via dell'Angelo, 1
82100 Benevento

OGGETTO: DOMANDA DI AMMISSIONEAL 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 per la qualifica di _____, Presidio Ospedaliero _____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. "SAN PIO" 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 e della tutela dei dati.

_____, lì _____

In fede

_____