

per il tramite UOC Formazione e Sviluppo  
Professionale

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_, iscritto/a  
presso l'Università di \_\_\_\_\_, facoltà \_\_\_\_\_,  
corso di laurea \_\_\_\_\_ chiede  
di essere ammesso/a a svolgere tirocinio pratico-valutativo (TPV) in qualità di PSICOLOGO/A  
presso \_\_\_\_\_ (specificare la struttura sede del tirocinio) \_\_\_\_\_ di questa ASL.

A tal fine, dichiara, sotto la propria responsabilità, quanto segue:

- a) di essere residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_;
- b) di non aver riportato condanne penali;
- c) di godere dell'elettorato attivo e passivo e di non essere stato destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso una pubblica amministrazione;
- d) di essere a conoscenza che la frequenza non comporta l'instaurazione di un rapporto di lavoro o di prestazione d'opera professionale con l'Azienda, con il/la tutor, e/o con il S.S.N. e che durante la presenza nelle strutture aziendali dovrà indossare in modo visibile un cartellino recante la dicitura "Tirocinante";
- e) di conoscere ed accettare il vigente regolamento aziendale per la disciplina dei tirocini formativi e di orientamento;
- f) di essere reperibile al seguente recapito telefonico \_\_\_\_\_ e alla seguente casella di posta elettronica \_\_\_\_\_
- g) di aver preso visione dell'informativa sulla privacy presente sul sito ASL Latina Sezione tirocini.
- h) di aver acquisito i contenuti del "Corso di formazione artt. 36, 37 D. Lgs. n. 81/2008" presente sul sito ASL Latina Sezione tirocini

Allega alla domanda:

1. Dichiarazione sostitutiva o copia non autenticata del Diploma di laurea;
2. certificato medico di idoneità al tirocinio;
3. copia progetto formativo e di orientamento vistata dalla Segreteria didattica dell'Università contenente i riferimenti assicurativi;
4. copia del pagamento effettuato per il tirocinio universitario;
5. fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

*Il/La sottoscritto/a autorizza e acconsente alla raccolta e gestione dei dati personali (D Lgs 196/2003 come modificato con D. Lgs. 101/2018 e Regolamento UE 679/2016)*

Latina, \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

**Nulla osta del/della Direttore/Direttrice del Presidio/Distretto/Dipartimento**

Il/la sottoscritto/a, dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ Direttore/Direttrice  
del Presidio/Distretto/Dipartimento \_\_\_\_\_, acquisita la  
disponibilità del/della responsabile dell'U.O. dott/dott.ssa \_\_\_\_\_ e del/della  
relativo/a Tutor dott/dott.ssa \_\_\_\_\_, esprime il proprio nulla osta.

Timbro e firma  
\_\_\_\_\_