

Alla Direttrice Generale ASL
Latina

per il tramite

UOC Formazione e Sviluppo
Professionale

Il/la Sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____, CF _____, iscritto/a presso
l'Università di _____, facoltà _____, chiede di essere ammesso/a a svolgere tirocinio formativo e di
orientamento PRE LAUREA TRIENNALE in qualità di (*) _____
presso _____ (specificare la struttura sede del tirocinio) _____ di questa
Azienda.

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. certificato medico di idoneità al tirocinio;
2. copia progetto formativo e di orientamento, vistata dalla Segreteria didattica dell'Università
contenente i riferimenti assicurativi;
3. copia della domanda di tirocinio presentata all'Università vistata dalla Segreteria.

(*) specificare tipologia tirocinio (assistente sociale, psicologo, tecnico della prevenzione, ..)

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
