

Al Direttore Generale ASL  
Latina

per il tramite

UOC Formazione e rapporti con  
università

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_, chiede di  
essere ammesso/a a svolgere tirocinio formativo e di orientamento, in qualità di  
PSICOLOGO/A, frequentante la Scuola di Specializzazione  
\_\_\_\_\_, presso  
\_\_\_\_\_ 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 o dispensato 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 l'operatore sanitario tutore, 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 "Frequentatore".
- 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 \_\_\_\_\_

Allega alla domanda:

1. Dichiarazione sostitutiva o copia non autenticata del Diploma di laurea;
2. Dichiarazione sostitutiva di iscrizione all'Albo professionale;
3. certificato medico di idoneità al tirocinio;
4. lettera nominativa della Scuola di Specializzazione contenente i riferimenti assicurativi per infortuni e malattie professionali e per responsabilità civile verso terzi;
5. fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

*Il sottoscritto autorizza e acconsente alla raccolta e gestione dei dati personali (D Lgs 196/2003)*

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

firma \_\_\_\_\_

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

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

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