

Oggetto: Richiesta di svolgimento Tirocinio Curricolare presso l'Azienda USL di Imola.

Il/La sottoscritto/a: _____

Di essere Nato/a a : _____ (Prov _____) il: _____

C.F. _____

Iscritto/o al Corso di Laurea/Master/: _____

Presso l'Università di _____ anno di frequenza: _____

CHIEDE DI SVOLGERE il TIROCINIO CURRICOLARE previsto nel proprio Piano di Studio

Nel periodo (indicativo) dal: _____ / _____ / _____ Al: _____ / _____ / _____

Per un totale di ore: _____

Presso la Struttura /Servizio/Unità Operativa: _____

(Attenzione: per il Master in Management e Lauree Magistrali, l'assegnazione viene effettuata dal Servizio Formazione sulla base della mappatura condivisa con la Direzione delle Professioni Sanitarie e sulla base delle disponibilità presenti)

DICHIARO:

☐ di possedere Attestato/i di formazione di 16 ore (Formazione Generale di 4 ore + Formazione specifica di 12 ore per il settore ATECO 2007_Q - SANITÀ E ASSISTENZA SOCIALE), ai sensi dell'articolo 37, comma 2, del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 sulla salute e sicurezza sul lavoro, secondo l'accordo stato regioni del 17 aprile 2025.

☐ di NON possedere la formazione richiesta ai sensi dell'articolo 37, comma 2, del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 sulla salute e sicurezza sul lavoro, secondo l'accordo stato regioni del 17 aprile 2025

Recapiti per le comunicazioni:

indirizzo: _____

telefono: _____

indirizzo mail: _____

Si allega Curriculum Vitae ed Attestati di formazione ai sensi del D.Lgs 81/2008, qualora già posseduti.

Data: _____

Firma per esteso e leggibile

**PARTE RISERVATA AL CONSENSO PREVENTIVO AL TIROCINIO CURRICOLARE
da parte del RESPONSABILE DELLA STRUTTURA**

Il/la Sottoscritto/a _____

Direttore/Responsabile della struttura: _____

☐ Acconsento

☐ NON Acconsento per le seguenti motivazioni: _____

**TIMBRO E FIRMA (LEGGIBILE)
DEL RESPONSABILE**
