

Casa della Comunità di Imola
Azienda USL di Imola**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. _____

Iscritta/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.**Allegare Attestati di Formazione ai sensi del DL.gs 81/2008, qualora già posseduti**☐ 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**

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: _____**TUTOR AZIENDALE:****TIMBRO E FIRMA (LEGGIBILE)
DEL RESPONSABILE**
