

Emissione 04/07/2016  
Revisione 27/10/2020

**Richiesta svolgimento tirocinio di  
specializzazione**

MO-DG-FOR-005.3  
Pagina 1 di 1

**Protocollo n.**

**Oggetto: Richiesta svolgimento tirocinio di specializzazione.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Tutte le comunicazioni al tal scopo, verranno validamente effettuate al seguente

**Indirizzo mail :** \_\_\_\_\_

Iscritto presso Università/ Ente \_\_\_\_\_,

Facoltà \_\_\_\_\_,

Corso di Laurea/nome del corso \_\_\_\_\_,

Richiede inizio tirocinio  prosecuzione tirocinio

presso la struttura di \_\_\_\_\_

presidio ospedaliero \_\_\_\_\_,

per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_,

in conseguenza della convezione stipulata fra l'ente di cui sopra e l'Azienda Ospedaliera Brotzu.

Il sottoscritto si impegna a non effettuare il tirocinio in mancanza di apposita comunicazione positiva da parte dell'Ufficio Formazione.

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Il tutor (Timbro e firma) \_\_\_\_\_

Parere favorevole Responsabile Struttura (Timbro e firma) \_\_\_\_\_

Motivazione parere non favorevole \_\_\_\_\_

A cura dell'Uff. Formazione:

Parere favorevole  non favorevole

Motivazione parere non favorevole

Firma responsabile Uff. Formazione (Timbro e firma) \_\_\_\_\_