



Sede Legale:
Via Renato Paolini, 47
65124 Pescara
P. IVA:01397530682

Al Direttore Generale

Al Responsabile UOS Formazione Ricerca e Progetti

N. Prot. _____/25 del _____

Al Direttore Responsabile Unità Operativa sede di Tirocinio

OGGETTO: Richiesta frequenza per tirocinio

- ☐ - Post Lauream
☐ - Volontario

- ☐ - Pre Lauream
☐ - Specializzazione

La/il sottoscritto _____ mail _____ cell _____

D I C H I A R A

Ai sensi del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000 e s.m. di essere:

Nata a _____ (Prov. _____) il _____ residente a _____ (Prov. _____),

Via _____, n. _____ C.F.: _____

- in possesso della cittadinanza italiana;
- iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (Prov. _____);
- senza precedenti penali o carichi giudiziari in corso;
- in possesso del seguente titolo di studio _____ conseguito il _____

C H I E D E

Di essere ammesso a frequentare la UO di _____ di Pescara per un periodo di mesi ____/ore____, a scopo di apprendimento ed a titolo gratuito sollevando sin d'ora codesta A.S.L. da qualsiasi responsabilità che dovesse derivare dalla suddetta frequenza.

inizio tirocinio dal _____ al _____

Tutor richiesto: Dott. _____



Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR Il titolare del trattamento dei dati è l'ASL di Pescara, contattabile scrivendo a protocollogenerale@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@asl.pe.it. Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri o per adempiere un obbligo legale, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso le sedi dell'ASL, consultabile anche sul sito asl.pe.it/datipersonali e mediante il QR Code qui accanto raffigurato

Firma del richiedente, anche per presa visione dell'informativa estesa.

Pescara, addì _____

IL TUTOR

IL DIRETTORE U.O.C.

(timbro e firma)

(timbro e firma)