

Al Direttore Generale ASL Roma 2  
Via Maria Brighenti 23 – 00159 Roma  
[protocollo.generale@pec.aslroma2.it](mailto:protocollo.generale@pec.aslroma2.it)

Al Direttore della UOC Formazione  
Via Filippo Meda 35 – 00157 Roma

**Oggetto: Domanda di ammissione alla frequenza di tirocinio formativo**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
e domiciliato/a in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ p.e.c. \_\_\_\_\_  
iscritto al corso di studi/master/Scuola di Specializzazione \_\_\_\_\_  
presso l'Ateneo/Scuola/Istituto Formativo \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a svolgere un periodo di tirocinio formativo  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ovvero di rinnovare la frequenza  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso la struttura \_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali derivanti da dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui al D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., dichiara:

- di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso
- di godere del diritto di elettorato attivo e passivo
- di essere in possesso del seguente titolo di studio: \_\_\_\_\_  
conseguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
- di essere abilitato all'esercizio della professione di \_\_\_\_\_ con esame di Stato  
sostenuto presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
- di accettare integralmente tutte le condizioni previste dal Regolamento Aziendale vigente in materia di tirocini formativi di cui dichiaro di aver preso visione

**Allego alla presente domanda:**

- copia di un documento d'identità fronte/retro in corso di validità
- copia della polizza assicurativa a carico dell'Ateneo/Scuola/Istituto Formativo che copra l'intero periodo di frequenza

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003, come modificato dal D.Lgs 101/2018, con la sottoscrizione del presente modulo esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto delle norme vigenti in materia di protezione dei dati personali. Dichiaro altresì di essere a conoscenza che tutti i dati personali di cui l'Azienda venga in possesso saranno trattati, anche con strumenti informatici, per finalità strettamente connesse all'istituto del tirocinio formativo in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi

Luogo/Data, \_\_\_\_\_ Il Dichiarante \_\_\_\_\_

**IL DIRETTORE DI UNITA' OPERATIVA E IL REFERENTE DELLE CONVENZIONI  
PER LA MACRO AREA**

Vista la domanda di ammissione alla frequenza di tirocinio formativo;

Vista la convenzione didattica approvata con deliberazione aziendale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
con l'Ateneo/Scuola/Istituto Formativo \_\_\_\_\_  
rilasciano il parere favorevole e autorizzano la frequenza. A tale scopo dichiarano che il tirocinante  
svolgerà le seguenti mansioni:

---

---

---

---

---

---

---

Su indicazione del referente delle convenzioni della macro area viene individuato come tutor  
aziendale responsabile dell'inserimento e della supervisione del tirocinante il  
Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

Con riferimento al regolamento aziendale vigente in materia di tirocini formativi si impegnano ad  
attivare le procedure relative alla sorveglianza sanitaria presso il medico competente ove vi sia la  
necessità di sottoporre il tirocinante a sorveglianza sanitaria in quanto esposto a rischi contemplati  
dalla vigente normativa in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro come evidenziati nel  
documento aziendale di valutazione dei rischi.

Firma e timbro del referente delle convenzioni

Firma e timbro del Direttore/Responsabile di U.O.

---

---