

Al Direttore Generale ASL Roma 2
Via Maria Brighenti 23 – 00159 Roma
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.
