In ottemperanza alla Convenzione stipulata da ASST di Pavia e _____, si comunica l'avvio di tirocinio del Sig. _____

DATI DEL TIROCINANTE		
Nominativo		
Nato a		
Data di nascita		
Codice Fiscale		
Residenza		
	C.A.P	*Provincia*
Telefono		
Mail		
Domicilio (se diverso dalla residenza)	*Via*	
	Città	
	C.A.P.	*Provincia*
Attuale Condizione: (barrare la casella)		
□ Studente di scuola secondaria superiore (specificare)		
□ Frequentatore corso post-diploma (specificare titolo di studio)		
□ Universitario (indicare il corso di laurea)		
□ Frequentatore corso post laurea (specificare titolo di studio)		
□ Frequentatore corso formazione professionale (specificare)		
□ Altro (specificare)		

SEDE PRINCIPALE SVOLGIMENTO TIROCINIO
Polo Ospedaliero
Unità Operativa/Servizio/
Sede

DURATA DEL TIROCINIO
Periodo della frequenza: dal giorno _____ al giorno_____
Articolazione oraria: dalle ore _____ alle ore_____
Alla presente comunicazione vengono allegati: □ progetto formativo individuale □ attestazione percorso formativo ai sensi dell'art.37 D.Lgs 81/2008 □ attestazione di idoneità sanitaria □ scheda di valutazione (se prevista) □ altro_____