

Alla Struttura Formazione

OGGETTO: Comunicazione di inizio Tirocinio

Comunico che

_____ (Indicare Cognome e Nome del tirocinante)

nato/a a _____ il _____

residente a _____ CAP _____

in via _____ n° _____

tel. _____ e mail _____

iscritto/a al _____

presso l'Università / l'Istituto _____

autorizzato/a dalla Struttura Formazione a svolgere il tirocinio sotto la mia supervisione

ha iniziato il tirocinio in data _____

presso Il Distretto/ Presidio Ospedaliero / Dipartimento/ Servizio _____

UO _____

e che il periodo di tirocinio avrà una durata di _____, concludendosi presumibilmente entro _____

Si comunicano i seguenti recapiti presso cui far pervenire Vs. comunicazioni:

e mail tutor _____ n. telefono _____ n. fax _____

e mail dirigente U.O. _____ n. telefono _____ n. fax _____

Il tutor

N.B. Il presente modello , compilato in ogni sua parte, deve essere inviato alla Struttura Formazione dal Direttore della Struttura ospitante , con mail (m.deluca@aslsalerno.it,) o con fax (089 225527), o con posta interna.