

Al Direttore del Macrocentro

(indicare il Presidio Ospedaliero /Distretto/Dipartimento/ Servizio Centrale)

Oggetto: richiesta di nulla osta a svolgere il tirocinio presso l'ASL Salerno

Il/la sottoscritto/a

nato/a a..... il

residente a
(indicare indirizzo, città e CAP)

Telefono.....E.mail

iscritto/a :

Università degli Studi _____

▪ Corso di Laurea _____

▪ Master/ Corso di Specializzazione _____

Scuola/ Ente di Formazione _____

Corso Operatore Socio Sanitario

Altro _____

CHIEDE

ai sensi della vigente Convenzione tra l'ASL Salerno e l'Università/ Scuola summenzionata, di essere ammesso a svolgere il tirocinio

Pre Laurea Post Laurea Master Specializzazione

preferibilmente presso la seguente struttura dell'ASL Salerno:

.....

n. ore a partire dal

Data _____

FIRMA _____

Prot. n. _____ del _____

Al Direttore U.O.

Oggetto : richiesta nulla osta al tirocinio

Vista l'istanza presentata da :

.....
(Cognome e nome richiedente)

finalizzata ad acquisire il nulla osta a svolgere il tirocinio nell'ASL SALERNO presso l'U.O. dalla S.V. diretta

Si chiede

di comunicare la disponibilità ad accogliere il/la tirocinante sottoscrivendo le dichiarazioni sotto riportate

Il Direttore del Macrocentro

SPAZIO RISERVATO ALL' U. O. OSPITANTE

Prot. n° _____ del _____

Al Direttore del Macrocentro

Vista la Sua richiesta si comunica la disponibilità a seguire, in qualità di tutor , il/la tirocinante

Il tutor

Cognome e Nome
(in stampatello)

Firma tutor

Parere favorevole ad accogliere il/la tirocinante presso l'Unità Operativa

Il direttore U.O.

Cognome e Nome
(in stampatello)

Firma direttore U.O.

DATA _____



Prot. n. _____ del _____

ALLA STRUTTURA FORMAZIONE

Oggetto : Nulla osta Tirocinio

Vista l'allegata istanza di tirocinio presentata da :

.....
(Cognome e Nome richiedente)

Preso atto della dichiarazione di disponibilità del tutor e del parere favorevole espresso dal Dirigente dell'Unità Operativa;

Valutata la ricettività e le specifiche esigenze della Struttura ospitante;

Verificato il rispetto dei limiti numerici previsti per l'ammissione dei tirocinanti nelle Strutture aziendali (v. nota D.G. prot. n. 3508/2012 – all. 1);

Si esprime Nulla Osta alla frequenza a partire dal _____ fino al _____

per n. _____ ore

Si invia a codesta Struttura per il prosieguo di competenza

Si allegano: Modello 1 "Richiesta autorizzazione tirocinio"
 Modello 2 "Parere U.O. ospitante"

Il Direttore del Macrocentro

Data _____

SPAZIO RISERVATO ALLA STRUTTURA FORMAZIONE

Prot. n° _____ del _____

Al Direttore Macrocentro

Viste l'istanza di autorizzazione del tirocinio e le dichiarazioni di disponibilità rese dal tutor e dal Dirigente U.O. ospitante

Preso atto del nulla osta espresso dal Direttore del Macrocentro

Si autorizza _____
(Cognome e Nome richiedente)

a espletare il tirocinio presso l'ASL Salerno

Il Dirigente Struttura Formazione

Firma e timbro _____