COMPILARE IN STAMPATELLO O AL COMPUTER IN TUTTE LE SUE PARTI

Spett.le ASST Bergamo Ovest
Ospedale Treviglio
C.a. S.S. Affari Generali e Generali
Piazzale Ospedale Luigi Meneguzzo 1
24047 **TREVIGLIO**

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in via/piazza _____ N° _____ Cap: _____

Città: _____ prov.: _____ tel. : _____

E-mail: _____ Cod. Fiscale: _____

In possesso del seguente titolo di studio: _____

Iscritto alla Scuola di Specialità in: _____

Anno di Corso di Specializzazione: _____

Università degli studi di: _____

Convenzione stipulata tra ASST Bergamo Ovest n._____del_____
(compilati dal Referente Tirocini Area Dirigenza)

È stato assegnato quale Tirocinio di Specializzazione

Come: ☐MEDICO SPECIALIZZANDO
☐ SPECIALIZZANDO NON MEDICO
☐TIROCINANTE ISCRITTO AL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE MEDICINA E CHIRURGIA-FARMACIA
☐ SPECIALIZZANDO FUORI RETE FORMATIVI
☐ ALTRO_____

Al Reparto/Servizio _____

Città di _____

Dal* _____ Al _____
*data di inizio almeno 1 mese dopo la presentazione della richiesta

ore minime:_____

Firma Specializzando-Tirocinante

_____

DATI TUTOR AZIENDALE (compilato dal Referente Aziendale Area Dirigenza)

Cognome – Nome:	
Codice Fiscale:	
Telefono completo:	
E-Mail:	@asst-bgovest.it
Inquadramento:	☐ dipendente a tempo indeterminato ☐ dipendente a tempo determinato ☐ libero professionista ☐ borsista

(compilato dal Referente Aziendale Area Dirigenza)

PRESA VISIONE / PARERE FAVOREVOLE

Firma Direttore/Responsabile STR/Servizio

Firma Capo Dipartimento

Il Responsabile/Direttore AAGGLL

☐ autorizza

☐ non autorizza il tirocinio

Treviglio lì, ...

.....
(Il/La Responsabile)
Timbro e Firma

Allegare copia Documento Identità in corso validità e Codice Fiscale
Idoneità alla mansione, attestati corsi sicurezza
Mod2PODAZ12 "INFORMATIVA PRIVACY Regolamento 679/2016/UE - INFORMATIVA INTERESSATI PERSONALE VOLONTARIO E TIROCINANTE" debitamente compilato e firmato.