REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE BENEVENTO
Unità Operativa Semplice Formazione
Via Perasso,14 Cap.82100 Benevento
Telefono 0824-355321 0824-355319
Mail: formazione@aslbenevento1.it- Pec:formazione@pec.aslbenevento.it

ISTANZA TIROCINIO

Al Direttore Generale ASL BN
Via Oderisio 1,Benevento

Il/la sottoscritto/a_____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____

Tel_____ MAIL _____

CHIEDE

Di poter effettuare

☐**TIROCINIO CURRICULARE**

☐**TIROCINIO EXTRACURRICULARE**

presso la seguente struttura_____

per un periodo di mesi_____ e per complessive ore _____

a far data dal_____ al _____

A tal uopo dichiara:

☐di essere iscritto/a al _____ anno
del corso di laurea/specializzazione in_____
presso la facoltà di _____
dell'Università degli Studi di _____

☐di essere laureato/a in_____
presso l'Università degli Studi di _____

Allega :
documento di riconoscimento
progetto formativo *
polizza assicurativa *

Benevento _____

Firma

- possono essere consegnati al momento della concessione dell'autorizzazione