



	<p align="center">PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI TIROCINI CURRICULARI PRESSO LE STRUTTURE DELLA ASLI AVEZZANO-SULMONA- L'AQUILA</p>	<p align="center">SERVIZIO FORMAZIONE E SVILUPPO PROFESSIONALE</p> <p>PA 02 MOD. 04</p>
---	---	---

DOMANDA DI TIROCINIO MASTER

AL RESPONSABILE SERVIZIO FORMAZIONE E SVILUPPO PROFESSIONALE
ASLI AVEZZANO- SULMONA- L'AQUILA

Il/La sottoscritt....

Cognome.....Nome.....

Nato/a a.....Prov..... il.....

Residente in Via città Prov.....

Tel. n. indirizzo e-mail.....

Frequentante il Master in.....,

presso l'Università.....,

convenzionata con la ASL 1 con Del. n..... del.....

CHIEDE

di poter svolgere il tirocinio presso (*indicare la struttura*).....,

per un totale di orenel periodo dal.....al.....

DATA.....

FIRMA.....