



PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI TIROCINI CURRICULARI PRESSO LE STRUTTURE DELLA ASL1 AVEZZANO-SULMONA- L'AQUILA

SERVIZIO FORMAZIONE E SVILUPPO PROFESSIONALE

PA 02

MOD 03

DOMANDA TIROCINIO DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA

AL RESPONSABILE SERVIZIO FORMAZIONE E SVILUPPO PROFESSIONALE
ASL1 AVEZZANO- SULMONA- L'AQUILA

Il/La sottoscritt....

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

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

Residente in Via..... città..... prov.....

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

Iscritto/a al.....anno della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia.....

sita in via.....città.....prov.....

tel.....e-mail.....

convenzionata con la ASL1 con Del. n..... del.....

CHIEDE

di poter svolgere il tirocinio presso (*indicare la struttura*).....
per un totale di orenel periodo dal.....al.....

DATA.....

FIRMA.....