



Azienda Sanitaria Locale

LANCIANO-VASTO-CHIETI

(L.R. 05/08)

Cod. Fisc.Part. IVA 02307130696

Mod. 3
Tirocinio

DISPONIBILITA' ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' TUTORIALI ASL 2 ABRUZZO

La **ASL 2 ABRUZZO Lanciano Vasto Chieti** dichiara di essere disponibile a far svolgere il tirocinio allo/a studente _____

Nato/a a _____ Residente a _____

Per un Totale di _____ per il periodo dal _____ al _____

Sotto la Supervisione del Tutor _____ (Cognome e Nome)

Qualifica: _____ UOC di Appartenenza _____

PO di Appartenenza _____

Chieti il _____

L'Ufficio Formazione - Staff Direzione generale

PARTE RISERVATA AL TUTOR

Il/La Dott./Dott.ssa _____ dipendente a tempo Indeterminato/Determinato della

ASL 2 Abruzzo Lanciano – Vasto – Chieti in qualità di _____ in

servizio presso UO/UOC _____ dal _____ - Sede di _____

Matricola n° _____ dichiara di essere disponibile a seguire in qualità di TUTOR il tirocinante

_____ per un Totale di _____

E per il periodo riportato nella presente dichiarazione

_____ il _____

FIRMA del TUTOR Leggibile