



Azienda Sanitaria Locale

LANCIANO-VASTO-CHIETI

(L.R. 05 / 08)

Cod. Fisc.Part. IVA 02307130696

*Mod. 6
Tirocinio*

Valutazione Finale Tirocinio Area Comparto Sanitario

SERVIZIO _____

Indirizzo _____ Tel. _____

Si **DICHIARA** Che:

Il/La Sig. _____ Nat ___ a _____

Il ____/____/____ autorizzato con Determina Dirigenziale n° _____ del _____

Ha svolto attività di tirocinio in qualità di (1) _____

Presso l' UO/UOC/ Presidio Ospedaliero (2) _____

dal _____ al _____ (3) per un totale di _____ ore,
riportando il giudizio complessivo di

Con la seguente motivazione _____

Il Referente Tecnico (Tutor)
Firma

SAPS Formazione/Area Comparto
Timbro e Firma

L'Ufficio Formazione - Staff Direzione generale

Chieti, _____

(1) precisare, se allievo, di quale scuola e/o corso o, se laureato, in quale disciplina.

(2) specificare il reparto/divisione, e/o il nucleo Operativo.

(3) riportare le date dell'effettivo svolgimento del tirocinio/frequenza volontaria.