



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
Tel. 0922 407111 * Fax 0922 401229

P.Iva e C.F. 02570930848

SERVIZIO DI PSICOLOGIA

Nulla Osta RELATIVO AL TIROCINIO PRATICO-VALUTATIVO DA SVOLGERSI PRESSO

.....

La/Il sottoscritt_ : _____
nat _ a _____ il _____ ,
residente a _____ prov. (___), indirizzo _____
_____ n. _____, CAP _____ in qualità di Legale Rappresentante
dell'Ente/Azienda _____ Sede/i del tirocinio
(stabilimento/reparto/ufficio) indirizzo _____:
valendomi delle disposizioni di cui all'art. 46 del DPR 28/12/2000 n°445, consapevole delle pene
stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, previste dal Codice Penale e dalle Leggi
speciali in materia:

DICHIARO

sotto la mia personale responsabilità di:

Autorizzare

La/il dott./dott.ssa (Nominativo del tirocinante): _____
Nata/o a _____ il _____
Residente in _____
C.F. _____
Laureata/o presso l'Università di _____ in
(indicare il nome del Corso di studi) _____ Classe
di laurea _____ a svolgere il Tirocinio Pratico-Valutativo **dal** _____ **al** _____, data
effettiva di inizio: _____

Firma per la struttura ospitante _____

Data _____

Timbro della struttura ospitante