

Richiesta di tirocinio Professioni Sanitarie

All' U.O.C. Sviluppo Professionale Formazione e Valutazione AUSL Romagna

A cura del Tutor universitario:

In riferimento alla Convenzione fra l'Azienda USL della Romagna e
l'Università degli Studi
n° del con scadenza il
Polizza Assicurativa

Si chiede di accogliere lo studente presso l'ambito di: Cesena Forli Ravenna Rimini

Nome e cognome: Data di Nascita
Studente del Master/ Laurea Magistrale:
Dipendente/Non dipendente presso:
Indirizzo e-mail: Numero di telefono:
Iscritto al anno del Corso di Laurea Magistrale/Master

Per lo svolgimento di un tirocinio presso le seguenti UU.OO:

1 sede di per ore
nel periodo: dal al

2 sede di per ore
nel periodo: dal al

Seguirà progetto formativo all'accoglimento della richiesta.

Il Tutor Universitario

Nome e Cognome

Email:

Data:

Firma _____