**MODULO PER LA RICHIESTA DI TIROCINIO**

Al Direttore Generale

Fondazione IRCCS Ca’ Granda

Ospedale Maggiore Policlinico

 Richiesta di Tirocinio

 Richiesta di rinnovo Tirocinio

Il/la sottoscritto/a

nato/a a il

residente a cap. in Via

codice fiscale recapito telefonico

e-mail

Matricola n.

ai sensi artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

di essere iscritto/a:

 Istituto d’istruzione

 Corso di laurea

Dipartimento di Università di

Corso di laurea magistrale

Dipartimento di Università di

 Scuola di specializzazione iscrizione all’anno

dell’Università di dell’Istituto di

 Master di I Livello di II Livello - A.A.

dell’Università di

**di essere in possesso del diploma/diploma di laurea/specializzazione in:**

**CHIEDE**

di frequentare la Struttura / Dipartimento di

per il periodo dal al

Monte ore settimanale monte ore giornaliero

per lo svolgimento di:

 **Tirocinio curriculare** (previsto dal piano di studi)

 **Tirocinio formativo e di orientamento** (entro 12 mesi dal conseguimento del titolo).

 **Tirocinio per l’abilitazione all’esercizio della professione**

 **Tirocinio formativo del Master**

Titolo del tirocinio

Obiettivi e attività di svolgimento del tirocinio

 Firma del richiedente Milano, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Allegare copia documento d’identità)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO AL DIRETTORE DELLA STRUTTURA OSPITANTE**

**Tutor assegnato**

(indicare nominativo,e-mail e telefono)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Livello di inquadramento contrattuale del tutor c/o la Fondazione**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Numero anni di esperienza lavorativa**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Numero tirocinanti seguiti dal tutor** *(max 5 tirocinanti in contemporanea, per Regione Lombardia)*

**Timbro e firma per esteso del Direttore della Struttura**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SPAZIO RISERVATO ALLA DIREZIONE**

**Timbro e firma del Direttore Generale**