



Azienda Sanitaria Locale

LANCIANO-VASTO-CHIETI

(L.R. 05 / 08)

Cod. Fisc.Part. IVA 02307130696

*Mod. 2
Tirocinio*

ESPRESSIONE DI PARERE

SERVIZIO (*) _____

Indirizzo : _____ Tel. _____

Ai sensi dell'art. _____ del Regolamento approvato con Delibera n° _____ del _____

SI ESPRIME / NON SI ESPRIME PARERE FAVOREVOLE

Allo svolgimento di attività (Contrassegnare la situazione che interessa):

- Tirocinio
- Stage Formativo
- Ricerche finalizzate per elaborazione tesi o documentazione di studio

Da parte del Sig./Sig.ra _____

Referente Tecnico (Tutor)..... _____

L'Attività può avere inizio il _____

Periodo dal _____ al _____

In caso di **diniego** specificare le motivazioni _____

Chieti, il _____

Ufficio Formazione - Staff Direzione generale

Il Responsabile di UO/UOC

Per il Comparto

SAPS Formazione/Area Comparto

(*) Indicare il Dipartimento/Struttura Complessa – Nucleo Operativo o altro che consenta la chiara identificazione del luogo dove avviene il tirocinio.