



Azienda Sanitaria Locale

LANCIANO-VASTO-CHIETI

(L.R. 05 / 08)

Cod. Fisc.Part. IVA 02307130696

*Mod. 4
Tirocinio*

Dichiarazione di Responsabilità

Il / La sottoscritt _____

In relazione alla domanda di _____

Dichiara di sollevare la ASL 2 Abruzzo Lanciano – Vasto – Chieti da qualsiasi responsabilità civile e/o penale e di mantenere la necessaria riservatezza per quanto attiene ai dati, informazioni o conoscenze in merito ai processi produttivi e prodotti, acquisiti durante lo svolgimento del tirocinio (D. Lgs.vo 30/06/03 n° 196 – Testo unico sulla Privacy).

Distinti Saluti

Chieti, _____

FIRMA leggibile
