

A.S.L. AL
S.C. Personale e Sviluppo Risorse Umane
Tortona

e p.c. Responsabile Struttura _____

sede di _____

Responsabile P.O. / Distretto _____

Responsabile Di.P.Sa. _____

Il/La sottoscritto/a _____ codice fiscale _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____ in via _____ n. _____

telefono _____ e-mail _____

in possesso del seguente titolo di studio _____

conseguito in data _____ presso _____

chiede di essere ammesso/a alla frequenza volontaria presso la A.S.L. AL

della struttura di _____ sede di _____

in qualità di _____ a decorrere dal _____

per un periodo di mesi sei, con il seguente orario/modalità settimanali:

Il / La sottoscritto/a dichiara di accettare tutte le norme contenute nel regolamento concernente la frequenza volontaria impegnandosi a sollevare la A.S.L. AL da qualsiasi responsabilità connessa e conseguente alla frequenza in argomento e a comunicare tempestivamente la partecipazione a procedure concorsuali/selettive dell'ASL AL

DATA _____

FIRMA _____

PARERE RESPONSABILE S.C. -----	<input type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE	TIMBRO E FIRMA -----
PARERE RESPONSABILE P.O./DISTRETTO -----	<input type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE	TIMBRO E FIRMA -----
PARERE RESPONSABILE Di.P.Sa. -----	<input type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE	TIMBRO E FIRMA -----