

Alla cortese attenzione
MultiMedica SPA

TRASMESSA A MEZZO Mail: tirocini@multimedica.it

Luogo e data _____

RICHIESTA STIUPULA CONVENZIONE DI TIROCINIO

Il/la sottoscritto/a _____, in qualità di
_____ dell'Ente/Istituzione _____ con sede legale in

Via _____ e sede operativa n Via _____ Città _____

Tel. _____ indirizzo e-mail _____ (inserire dati di contatto)

CHIEDE

la possibilità di stipulare con la Vostra Organizzazione una convenzione di tirocinio.

Vengono di seguito esplicitate le caratteristiche:

Sede Operativa di MultiMedica presso la quale si richiede lo svolgimento del tirocinio _____

Tipologia di tirocinio : _____ (curriculare/extracurriculare/alternanza scuola/lavoro)

Numero di studenti coinvolti: _____ (eventualmente indicare numero/anno)

Periodo di svolgimento del tirocinio: _____

Monte ore da svolgere per ciascun tirocinio: _____

Articolazione oraria settimanale: _____

Formazione Generale: _____ (indicare se è stata erogata)

Formazione Specifica: _____ (indicare se è stata erogata) con durata di numero ore _____

Certificato di Idoneità alla mansione: _____ (indicare se presente)

Eventuali altri corsi di formazione/ attestati di cui risultano in possesso i tirocinanti: _____

Garanzie assicurative: _____ (indicare tipologie di coperture, massimali e scadenze)

Obiettivi formativi: _____

Attività Oggetto del tirocinio: _____

Si autorizza l'uso dei dati personali e delle informazioni richieste - ai sensi del Regolamento U.E. n. 2016/679 e del D.lgs. 30.06.2003, n. 196 così come modificato ed integrato dal D.lgs. 10.08.2018, n. 101 - per le necessità derivanti dalla presente procedura.

Distinti saluti.

Firma _____

PARTE RISERVATA ALLA STRUTTURA

Data presa in carico della richiesta: _____

Ambito del tirocinio	Firma per approvazione	Data validazione	Firma
----------------------	------------------------	------------------	-------

	dell'avvio		
AMBITO AMMINISTRATIVO			
AMBITO SANITARIO			
AMBITO PROFESSIONI SANITARIE			