

Alla cortese attenzione  
MultiMedica SPA  
TRASMESSA A MEZZO Mail: [tirocini@multimedica.it](mailto:tirocini@multimedica.it)

Luogo e data \_\_\_\_\_

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	Per approvazione del Responsabile U.O/Servizio/Ufficio (compilare solo la riga di pertinenza)	
	Data	Firma
AMBITO AMMINISTRATIVO		
AMBITO MEDICO		
AMBITO PROFESSIONI SANITARIE (A.G.P.Sa.)		
AMBITO (ALTRO)		

**SI ESPRIME PARERE FAVOREVOLE (timbro e firma)**

DIREZIONE SANITARIA		
DIREZIONE RISORSE UMANE		