Al Direttore del Master di I Livello in
Assistenza Integrata Ospedale Territorio
(MA 762-a.a. 2018/2019- II ED)
Università telematica Pegaso
Via Giovanni Porzio Centro Direzionale
Napoli ISOLA F2 CAP 80143

DICHIARAZIONE PER TIROCINIO FORMATIVO

Il sottoscritto

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
(Cognome)

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
(Nome)

nata/o il |__|__|__|__|__|__|__|__|
formato (ggmmaaaa)

a |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| prov. |__|__|

impiegato presso

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__
(struttura di appartenenza – attenzione: il non occupato o libero professionista deve barrare il rigo)

avvalendosi delle disposizioni di cui all'art. 46 del DPR 28 Dicembre 2000 n. 445 e consapevole che chi dichiarerà il falso vedrà decadere i benefici ottenuti ed incorrerà nelle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni dagli artt. 75 e 76, del DPR anzidetto,

dichiara

- di essere consapevole che il tirocinio formativo, che consta di 200 ore, dovrà essere svolto presso le strutture con le quali l'Università ha in essere un rapporto convenzionale;
- di essere informato che la convenzione sottoscritta costituisce per l' azienda sanitaria/ospedaliera stipulante esclusivamente una disponibilità a monte ad accogliere tirocinanti dell' Università Telematica Pegaso essendo tale ospitalità regolamentata dalla normativa in materia e subordinata alle esigenze organizzative interne delle strutture convenzionate;

- di essere a conoscenza che rimane nella sua esclusiva competenza individuare e richiedere ospitalità per lo svolgimento del proprio tirocinio formativo alle aziende sanitarie/ospedaliere convenzionate non essendo l' Università Telematica Pegaso in alcun modo responsabile di un' eventuale diniego all' accoglimento;
- di essere impegnato a portare a termine il proprio percorso formativo pratico improrogabilmente entro i termini indicati dall'Università Telematica Pegaso;
- di essere cosciente che al termine del tirocinio, l'attività svolta dovrà essere certificata mediante Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione firmata dal Legale Rappresentante Aziendale o da un suo delegato e dal Tutor aziendale.

Il sottoscritto indica di seguito l'Ente presso il quale desidererebbe svolgere il proprio Tirocinio.

|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|
|___|
(struttura prescelta)

con sede in via |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|
|___|

n. |___|___|___| c.a.p. |___|___|___|___|___

|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|
(persona da contattare appartenente alla struttura scelta per la definizione della convenzione)

tel. |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

e-mail |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

lì,………………………………

In fede

……………………………………………..