Al Direttore del Master di I Livello in
Management delle Aziende Sanitarie
(MA 764-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

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

- 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.

|__|__|__