





- 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

.....