



- 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;

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

ii.

In fede

.....