

Al Direttore Generale
c/o Al Responsabile del Servizio di Psicologia
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

Oggetto: Domanda di Ammissione al Tirocinio Pre-laurea Classe L24

Il/La Sottoscritto/a _____

CHIEDE

di essere ammesso/a alla frequenza del tirocinio pre-laurea della durata di n. __ ore
presso uno dei servizi di codesta Azienda Sanitaria Provinciale.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità (DPR 445 del 28/12/2000):

Di essere nato/a il _____ a _____

Di essere residente in _____ (provincia _____) CAP _____

Via/Piazza _____ n. _____

Di essere iscritto al _____ anno del corso di laurea in _____

dell'Università degli Studi di _____

Per ogni comunicazione relativa si prega di utilizzare i seguenti recapiti:

Via/piazza: _____ n.° _____

Città _____ Prov. _____ CAP _____

Telefono: _____ oppure _____

mail _____

Allega progetto formativo

DATA _____

FIRMA

Si allega copia del documento d'identità