

Richiesta di Frequenza per aggiornamento professionale volontario

Il/La sottoscritto/a nato/a a
il cod. fiscale num. di cell
e-mail..... iscritto/a o laureato/a in
presso l'Università di anno di Laurea (se conseguita)

(in caso di tirocinio curriculare o professionalizzante indicare la convenzione a cui si fa riferimento con conv..... data scad.....)

CHIEDE

di poter frequentare per un periodo di (max. 6 mesi) a partire dal mese di*
..... il Servizio/UO di
in aggiornamento professionale volontario allo scopo di.....
.....
possibilmente (opzionale) seguito/a da in qualità di tutor.

Il /La sottoscritto/a dichiara:

di avere relazione di parentela (.....) con, dipendente dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù in qualità di

di non avere relazione di parentela con alcun dipendente dell'Ospedale

“Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR)”

Data

Firma

.....

.....

** per la tempistica considerare che la procedura di valutazione richiede indicativamente da 30 a 60 giorni*

Inviare a frequenze@opbg.net