

## PROGETTO FORMATIVO

Nome e Cognome tirocinante: \_\_\_\_\_

nato/a a: \_\_\_\_\_

il: \_\_\_\_\_

residente a: \_\_\_\_\_

in Via: \_\_\_\_\_

n.: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

telefono: \_\_\_\_\_

iscritto/a al \_\_\_\_\_ anno della Facoltà di \_\_\_\_\_ dell'Università di \_\_\_\_\_, con sede a \_\_\_\_\_;

Periodo svolgimento tirocinio: dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ per massimo 30 giorni

Ore totali: \_\_\_\_\_

Azienda ospitante e sede legale: ASL Oristano Via Carducci, n. 35 - 09170 Oristano

Sede operativa presso: ASL Oristano - P. O. San Martino, sito in via Rockefeller Città Oristano

Struttura ospitante: SC \_\_\_\_\_

Tutor struttura ospitante: Dr \_\_\_\_\_

Tutor Universitario: Prof. \_\_\_\_\_

N° Polizza Infortuni: \_\_\_\_\_ periodo di validità: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

N° Polizza Responsabilità civile: \_\_\_\_\_ periodo di validità: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Gli obiettivi formativi (eventualmente allegare documento Università):

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Firma tirocinante \_\_\_\_\_

Direttore SC Ospitante ASL Oristano Dr \_\_\_\_\_

Tutor aziendale ASL Oristano Dr \_\_\_\_\_