



Università degli Studi di Torino
 Facoltà di Medicina e Chirurgia
 Corso di Laurea in Infermieristica sedi TORINO Molinette - TO2 - TO4 Ivrea

Fotografia
 Tirocinante

tirocinio di adattamento

Scheda Dati Tirocinante

IL MODULO È DA COMPILARE IN STAMPATELLO

Il/La Sottoscritto/a _____
 nato/a a _____ Il _____ Cittadinanza _____
 e residente in _____ Prov. _____
 Via _____ n. _____ C.A.P. _____
 Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____
 Codice fiscale _____ Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

In ottemperanza al nuovo D. Lgs. 81/2008 (nuovo "Testo Unico riguardante la Sicurezza sul Lavoro") si chiedono i seguenti dati:

Medico curante (Nome, cognome, indirizzo, numero di telefono):

Autorizzo il trattamento dei miei Dati Personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 ("Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali")

Firma _____

Durata tirocinio (semestri/ore) ____/_____
 Data inizio _____ data fine _____

semestre	Periodo assicurato Dal _____ Al _____
1	
2	
3	
4	
5	
6	

Allego:

- Fotocopia del Codice Fiscale ;
- Documento di Identità ;
- Foto Tessera (recente) ;
- Eventuali Certificati/Attestati di conoscenza della Lingua Italiana.

- Firma per ricevuta idoneità della medicina del lavoro _____
- Firma per ricevuta tesserino di riconoscimento _____