

A.S.L. AL  
S.C.Personale- Novi Ligure

e p.c. Responsabile Struttura \_\_\_\_\_  
sede di \_\_\_\_\_  
Responsabile P.O. / Distretto \_\_\_\_\_  
Responsabile Di.P.Sa. \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_

conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

chiede di essere ammesso/a alla frequenza volontaria presso la A.S.L. AL

della struttura di \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_

per un periodo di mesi sei, con il seguente orario/modalità settimanali:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il / La sottoscritto/a dichiara di accettare tutte le norme contenute nel regolamento concernente la frequenza volontaria impegnandosi a sollevare la A.S.L. AL da qualsiasi responsabilità connessa e conseguente alla frequenza in argomento e a comunicare tempestivamente la partecipazione a procedure concorsuali/selettive dell'ASL AL

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

PARERE RESPONSABILE S.C. -----	<input type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE	FIRMA -----
PARERE RESPONSABILE P.O./DISTRETTO/DIPARTIMENTO -----	<input type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE	FIRMA -----
PARERE RESPONSABILE Di.P.Sa. -----	<input type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE	FIRMA -----

