



Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord

Mod. A (allegato alla determina 648 del 2011)

Spett.le Azienda Ospedaliera  
"Ospedali Riuniti Marche Nord"  
Presidio di Pesaro

**Oggetto: domanda di frequenza presso le U.O.C./U.O.S. dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord".**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ prov.\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_ e residente/domiciliato a  
\_\_\_\_\_ prov.\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ in  
via\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_, in possesso del titolo di studio di  
\_\_\_\_\_, recapito telefonico\_\_\_\_\_  
e-mail\_\_\_\_\_

CHIEDE

di poter frequentare la U.O.C./U.O.S.\_\_\_\_\_ del Presidio  
Ospedaliero di \_\_\_\_\_, in qualità  
di\_\_\_\_\_

Allega alla presente:

1. PROGETTO FORMATIVO (mod.C);
2. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (+documento di riconoscimento) (mod.B).

\_\_\_\_\_  
Firma

**Parte riservata all'Azienda**

Vista la domanda, si esprime parere

- Favorevole;  
 Non favorevole (motivare il parere):

\_\_\_\_\_

e si incarica quale "tutor": \_\_\_\_\_

Il Responsabile/Direttore della U.O.C./U.O.S.

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma)

Per accettazione, il "tutor" \_\_\_\_\_  
(timbro e firma)