ALLEGATO B

**${sigle} Prot.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Da citare nelle risposte

*F*ormazione- Biblioteca - Comunicazione

Tel. +39

Fax: +39

E-mail:

**PEC:**

**Spettabile Unità Operativa**

**“Gest. Risorse umane e svil. comp.”**

**SEDE**

**OGGETTO:** Comunicazione tirocinio ${internship\_type}.

Per i provvedimenti di competenza, di seguito si comunicano i dati relativi al tirocinio curriculare di:

|  |  |
| --- | --- |
| NOME E COGNOME | ${intern\_name} |
| CF | ${intern\_tax\_code} |
| DATA E LUOGO DI NASCITA | ${intern\_birthdate}, ${intern\_birthplace} |
| RESIDENZA | ${intern\_residence\_address} |
| DOMICILIO | ${intern\_domicile\_address} |
| N. TEL ./ E-MAIL | ${intern\_phone} / ${intern\_email\_address} |
| TITOLO DI STUDIO | ${intern\_qualification} |
| STRUTTURA PROPONENTE | ${internship\_promoter} |
| STRUTTURA OGGETTO DELLA FREQUENZA E AUTORIZZAZIONE ALL’ACCESSO DEI LABORATORI | ${internship\_branch} |
| MOTIVAZIONE DELLA FREQUENZA | ${internship\_motivation} |
| INIZIO DEL PERIODO DI FREQUENZA | ${internship\_date\_start} |
| FINE DEL PERIODO DI FREQUENZA | ${internship\_date\_end} |
| FORMAZIONE GENERALE C/O ENTE PROM. | ${internship\_flg2} |
| FORMAZIONE SPECIFICA C/O ENTE PROM. | ${internship\_flg3} |
| SORVEGLIANZA SANITARIA C/O ENTE PROMOTORE | ${internship\_flg1} |
| NUMERO DELLE POLIZZE ASSICURATIVE | ${rc\_policy\_number}  ${accident\_policy\_number} |
| OBIETTIVI DEL TIROCINIO OVVERO PROGETTO FORMATIVO | ${internship\_aim} |

|  |  |
| --- | --- |
| ${place}, ${date} | FORMAZIONE-BIBLIOTECA-COMUNICAZIONE IL ${posizione\_firmatario}  ${firmatario} |

Documento prodotto in originale informatico e firmato digitalmente ai sensi del “Codice dell’amministrazione digitale” (D.L.vo n. 82/2005 e s.m.)