

Al Direttore Macrostruttura: _____
Al Dirigente Professioni Sanitarie: _____
Al Direttore Della Struttura: _____
Al Coordinatore Sanitario: _____
Al Tutor: _____
All' Studente _____

e. per c. al Dirigente R.S.P.P. dr Guido Cardella

Oggetto: _____ Nulla Osta all' attività di Tirocinio
(cognome e nome)

Visti gli atti d' Ufficio da cui risulta che il studente _____ in oggetto.

- ha effettuato le procedure di sorveglianza sanitaria;
- ha svolto la formazione generale in materia di sicurezza del lavoro e che è iscritto al primo corso utile di formazione specifica;
- ha appreso i comportamenti prescritti con le recenti disposizioni regionali e aziendali in tema di prevenzione e protezione, compreso l' uso appropriato dei DPI;
- ha eseguito il tampone risultato NEGATIVO per il COVID-19 in data _____

NULLA OSTA

all' attività del seguente modulo di tirocinio :

| | |
|--------------------------------|--|
| 1. PRESIDIO-MACROSTRUTTURA: | |
| 2. STRUTTURA: | |
| 3. NUMERO DI ORE/GIORNO: | |
| 4. NUMERO DI GIORNI/SETTIMANA: | |
| 5. NUMERO SETTIMANE: | |
| 6. TOTALE ORE MODULO: | |
| 7. TURNO: (dalle ore alle ore) | |
| 8. EDIZIONE: (n progressivo) | |
| 9. PERIODO: (dal - al) | |
| 10. TUTOR: (cognome e nome) | |

Il Direttore delle Attività Professionalizzanti

Il Dirigente Psicologo Psicoterapeuta Responsabile