

AL RESPONSABILE S.S. FORMAZIONE

ASL FROSINONE

.....l. sottoscritt..... nat..... a.....

il..... residente a.....

Via.....

iscritt..... al corso di laurea.....

dell'Università..... di.....

oppure laureat..... ed iscritt..... (indicare scuola di specializzazione,

corso laurea specialistica, master ecc.).....

.....  
dell'Università/Istituto..... di.....

CHIEDE

di poter effettuare attività di.....

presso.....

Tutor:

data.....

FIRMA

recapito telefonico