



A.S.L. TO4

*Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea*

CORSI DI LAUREA DELLE
PROFESSIONI SANITARIE

***CORSO DI LAUREA IN
INFERMIERISTICA***

SEDE DI IVREA



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI
TORINO

Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica
e Pediatriche

Il sottoscritto _____

in qualità di tirocinante/stagista

presso la Struttura/Istituto/Servizio _____

Tel. struttura _____

Tutor clinico _____

nel periodo _____

DICHIARA

Di conoscere le disposizioni previste in materia di tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, ai sensi del D.Lgs 81/2008 e s.i.m. e di aver visionato le specifiche procedure di settore attivate all'interno della struttura in cui si svolge il tirocinio /stage.

Data _____ Firma _____