

**MODULO DOMANDA  
DI TIROCINI IN PSICOTERAPIA**

Mod. all. 2

**Al Sig. Direttore Generale  
Azienda Ospedaliera  
Fatebenefratelli e Oftalmico  
C.so di Porta Nuova, 23  
20121 MILANO (MI)**

Il/La sottoscritto .....,  
nato a ..... il ...../...../..... residente in .....,  
via.....n. ...., tel. .... cell. ....,

in possesso del seguente titolo di studio .....

iscritto all'Albo Professionale .....

iscritto alla Scuola di Specializzazione in Psicoterapia .....

avendo preso visione del regolamento dell'A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico che regola la materia e accettandone ogni sua parte, chiede di essere autorizzato al tirocinio in psicoterapia dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso la U.O. \_\_\_\_\_ del Presidio:

Fatebenefratelli e Oftalmico

Macedonio Melloni

C.P.S. \_\_\_\_\_

UONPIA \_\_\_\_\_

Il richiedente, a completamento della domanda, dichiara:

- di esonerare l'amministrazione da ogni responsabilità derivanti dalla frequenza della struttura;
- di accettare e rispettare tutte le norme contenute nel regolamento nonché le norme concernenti l'organizzazione del reparto o settore interessato presso il quale è richiesta la frequenza.
- di riconoscere che la propria attività è e resterà a titolo interamente gratuito, non costituisce rapporto di impiego nè prefigura titolo, diritto o aspettativa di qualsivoglia genere di impiego.
- di non aver riportato condanne penali né avere carichi pendenti in atto
- dichiarazione di eventuali condanne penali riportate \_\_\_\_\_.

Milano, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del richiedente)

IL REFERENTE TIROCINI.

IL DIRETTORE DELL'U.O.

**SI AUTORIZZA:**

per IL DIRETTORE GENERALE  
Il Responsabile dell'U.O. AA.GG. e Legali

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali)**

*I dati personali raccolti sono necessari per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente in quanto prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti. Tali dati saranno trattati in forma cartacea e informatizzata, dai soli soggetti autorizzati, nell'osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal citato decreto. Per l'esercizio dei propri diritti potrà rivolgersi al Titolare del trattamento che è l'Azienda Ospedaliera "Fatebenefratelli e Oftalmico", con sede in Corso di Porta Nuova 23 – Milano.*

**Il tirocinio potrà avere inizio solo dopo il rilascio dell'autorizzazione alla scuola di appartenenza**