Al Direttore Generale
Azienda Ospedaliera "S. Anna e S. Sebastiano"
Via Palasciano
81100 Caserta

La/il sottoscritta/o_____

Nata/o a _____il ____/____/_____

c.f._____

Residente a _____in Via/Piazza _____

Telefono___/_____email_____

CHIEDE

che venga/no rilasciato/i, n. _____ certificato/i di frequenza che attesti/no il periodo e le ore di tirocinio/frequenza volontaria svolto presso

l'U.O._____

nel periodo dal _____ al_____

autorizzata con Determinazione N°_____ del _____

data_____

Firma del Richiedente