

RICHIESTA PER LO SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO ASSISTITO

Il sottoscritto....., iscritto nell'elenco dei mediatori dell'A.D.R. Medicvita Institute, con sede legale in Napoli alla via Epomeo 296,

CHIEDE

in qualità di aspirante la disponibilità di codesto spettabile Organismo per lo svolgimento e il compimento del tirocinio assistito (art. 4, comma 3 del d.m. 180/2010) nella seguenti aree provinciali/regionali:

.....
.....

inoltre

DICHIARA

- di non aver corrisposto alcun compenso, o diversa prestazione, ad ADR Medicvita Institute per aspirare a codesta nomina;
- di mantenere la massima riservatezza sulle informazioni, suggerimenti e circostanze che verranno espresse durante gli incontri di mediazione;
- di esonerare ADR Medicvita Institute, protesa a garantire un profittevole servizio, da qualsiasi responsabilità sia in caso di mancata assegnazione per il tirocinio assistito sia in caso di mancata assegnazione dello stesso, per indisponibilità, nelle aree geografiche prescelte.

In fede

Luogo e data.....

firma