Allegato 1

Alla cortese attenzione
del Direttore Generale
Dott. Francesco Quaglia
E.O. Ospedali Galliera
SEDE

La /Il sottoscritt _____

nat a _____

residente in _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____ cell. _____

Indirizzo di posta elettronica _____

DICHIARA

di essere disponibile ad assumere ruolo di Tutor di tirocinio, Corso di Laurea Triennale Infermieristica, sede formativa Genova-Galliera.

A tal fine dichiara di essere in possesso

della Laurea in:

_____

del Master in :

_____

di essere dipendente del SSN presso E.O. Ospedali Galliera U.O. _____

in qualità di _____

Genova,

Firma

Allegato: Curriculum