



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

MODULO DI INTERRUZIONE DEL PERCORSO DI TIROCINIO

Al Responsabile aziendale dei tirocini in psicologia
Dr. Alberto Grazioli

Per Ausl: ai direttori di distretto loro sedi

Per Ao: alla referente tirocini Risorse Umane
Dott.ssa Nicole Battilani

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n. _____

Recapito telefonico _____ pec _____

☐ Iscritto al corso di laurea _____

presso l'Università

☐ Laureato in _____ presso _____

☐ Iscritto alla Scuola di Specializzazione in _____

presso _____

DICHIARO

Di voler interrompere il tirocinio formativo in corso, presso la struttura dell'Azienda

_____ a far data dal _____

Per:

- ☐ Motivi personali
- ☐ Stato di gravidanza
- ☐ Interruzione del percorso formativo

Luogo _____, data _____

Firma Tutor aziendale

Firma Tirocinante
