

# DOMANDA DI CONTRIBUTO PER TIROCINIO O FREQUENZA VOLONTARIA

COLLEGIO TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA MEDICA PROV.BL-TV-VI

Il Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_, Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

Rec. Telefonico \_\_\_\_\_ N° Iscrizione all'Albo TSRM \_\_\_\_\_

CHIEDE il riconoscimento del contributo di cui all'apposito Bando approvato dal Collegio Interprovinciale dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica delle Province di BL-TV-VI per lo svolgimento di un periodo di tirocinio o frequenza volontaria dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

---

A tal fine allega alla presente domanda:

- Autorizzazione, rilasciata dall'Azienda Sanitaria ospitante, allo svolgimento di un periodo di tirocinio volontario, almeno semestrale, presso Unità Operative di Radiologia, Radioterapia, Medicina Nucleare e Fisica Sanitaria.
- Ricevuta del pagamento e copia della Polizza assicurativa per Infortuni - RCT, stipulata per l'espletamento del tirocinio (in mancanza della ricevuta: bancomat, carta di credito, fotocopia assegno, indicare la spesa **totale** sostenuta)
- Copia di documento di identità valido.

## **Modalità di accredito del rimborso spese:**

- Versamento su C/C Bancario (indicare Istituto bancario e Codice IBAN, si raccomanda di scrivere in modo chiaro.)

---

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_