

Spett.le ASL n° 8 di Cagliari  
Servizio Prevenzione e Sicurezza Lavoro  
Area Impiantistica  
Via Romagna n° 16  
09125 Cagliari  
Fax 070/47444225

OGGETTO: richiesta accertamento tirocinio.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
titolare del libretto n. \_\_\_\_\_ rilasciato dall'Azienda USL n° 8 di Cagliari in  
data \_\_\_\_\_

### CHIEDE

L'accertamento di tirocinio che lo scrivente effettua presso la ditta  
\_\_\_\_\_ sita in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_.

Distinti saluti

Data \_\_\_\_\_

In fede  
\_\_\_\_\_