

Spett.le ATS Sardegna
ASSL Cagliari
Servizio SPRESAL
Via Romagna,16
09127 Cagliari

serviziospresal@asl8cagliari.it
spresal@pec.aslcagliari.it

OGGETTO: Richiesta accertamento tirocinio.

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____ residente a _____
via _____ n° _____ tel. _____
titolare del libretto n. _____ rilasciato da _____
in data _____

CHIEDE

L'accertamento di tirocinio che lo scrivente effettua presso la ditta:

_____ con sede in _____
via _____ n° _____ telefono _____.

Distinti saluti

Data _____

Il richiedente
