

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME.....NOME.....

DATA DI NASCITA.....COMUNE DI NASCITA.....

PROVINCIA/STATO DI NASCITA.....N.MATRICOLA DEL CDL.....

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- di aver frequentato positivamente il corso sulla sicurezza nei luoghi di lavoro (ex art.37 comma 1 lettera a) e b) D.lgs.81/08 e accordo Stato-Regioni 21/12/2011) presso:  
\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
  
- di essere in possesso dell'idoneità per essere stato sottoposto a visita medica preventiva al tirocinio presso l'AOUC Careggi il giorno \_\_\_\_\_
  
- che per lo svolgimento del tirocinio si asterrà dall'operare scelte che sfocino nel conflitto di interesse

DATA

-----

FIRMA

-----