

Spett.le Azienda U.S.L. Umbria n. \_\_\_\_  
Dipartimento di Prevenzione  
SERVIZIO \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Oggetto : RICHIESTA DI ACCERTAMENTO DI TIROCINIO PRATICO PER ASPIRANTI  
CONDUTTORI DI GENERATORI DI VAPORE Art. 11 D.M. 01-03-1974.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente in Comune di \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Loc./Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

PEC (posta elettronica certificata) \_\_\_\_\_

IN POSSESSO DI LIBRETTO DI TIROCINIO NUMERO \_\_\_\_\_

RILASCIATO in data \_\_\_\_\_

DALLA AZIENDA USL / ARPA di \_\_\_\_\_

CHIEDE

l'accertamento di tirocinio pratico che sta effettuando presso la

DITTA \_\_\_\_\_

SITUATA IN

\_\_\_\_\_

SUL GENERATORE DI VAPORE MATRICOLA \_\_\_\_\_

**CODICE TARIFFARIO REGIONALE :** E.8.2.23

**COSTO PRESTAZIONE:** € 70,30/ORA (PAGAMENTO DA EFFETTUARE PRESSO IL CUP DELLA USL UMBRIA 1)

IL RICHIEDENTE

DATA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
( firma )