

Mittente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Racc. A.R.  
(o consegnare a mano)

**Spett.le Azienda ASL n. 4**  
**Dipartimento di Prevenzione**  
**U.O. S.P.P.I.L.L.**  
**Via Montescaglioso s.n.**  
**75100 MATERA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
professione/attività \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

che gli venga rilasciato il **LIBRETTO PERSONALE DI TIROCINIO** per il conseguimento del  
Certificato di abilitazione alla conduzione di generatori di vapore.

Allega a tal fine due fotografie formato tessera firmate sul davanti.

Dichiara di possedere il seguente titolo di studio : \_\_\_\_\_  
conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
*firma*

\_\_\_\_\_, li \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_