

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./Cell. _____

e-mail _____ PEC _____

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.3.2.26

**COSTO PRESTAZIONE: € 92,53/ORA (PAGAMENTO DA EFFETTUARE DOPO AVER RICEVUTO
COMUNICAZIONE CON PAGO//PA O PRESSO IL CUP DELLA USL UMBRIA 1)**

IL RICHIEDENTE

(firma)

DATA _____