



MODULO PER VISITE/STAGE/TIROCINI

NOME E COGNOME DEL RICHIEDENTE/I:.....

PROFESSIONALITA' DEL RICHIEDENTE/I:.....

ENTE/ISTITUTO DI APPARTENENZA:.....

OBIETTIVO DELLA VISITA (specificare le tematiche che si vogliono approfondire):

.....
.....
.....
.....

PERIODO: DAL..... **AL**.....

NUMERO DEI SOGGETTI COINVOLTI NELLA VISITA/ STAGE/TIROCINIO:.....

PROFESSIONALITA' DEI SOGGETTI COINVOLTI:

.....
.....
.....
.....

SPECIFICARE SE E' NECESSARIO IL TRADUTTORE:.....

MODALITA' DI PAGAMENTO (scegliere tra le seguenti opzioni):

Fatturazione da parte dell'Azienda ASS n1 Triestina , indicare :

Intestazione.....

Indirizzo.....

Partita Iva e/o Codice Fiscale.....

Pagamento in loco presso la Cassa dell'ASS n 1 Triestina, via Sai 1-3 stanza 119 primo piano. orario: da lunedì a venerdì dalle 8.30 alle 12.30.

Bonifico bancario

BANCA UNICREDIT
VIA BATTISTI,16
34100 TRIESTE

ASS N 1 TRIESTINA
VIA SAI 1
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
C/C IT /97/G/02008/02205/000040467975

CAUSALE: STAGE/VISITA/ AL DSM DI TRIESTE (INDICARE LE GIORNATE)

Conto Corrente Postale

Azienda per i Servizi Sanitari
ASS 1 via Sai 1-3
34127 Trieste
c/c 10347342

CAUSALE: STAGE/VISITA/ AL DSM DI TRIESTE (INDICARE LE GIORNATE)