

## MODULO DI DISPONIBILITA'

Lo/la ..... con sede legale a ..... in  
via/piazza.....C.F/PartitaIVA.....  
.....rappresentato dal Sig. ....Nato a  
.....il...../...../....., C.F.....

### Si rende disponibile

ad accogliere.....studente/i  
del Liceo scientifico G.B. Grassi, frequentante/i la/le classe/i..... per lo  
svolgimento di n.....h di tirocinio formativo nell'ambito del percorso di Asl, da  
svolgersi dal...../...../.....al...../...../.....

Al fine del raggiungimento dei seguenti obiettivi:

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lt \_\_\_\_\_

Il soggetto ospitante  
(legale rappresentante)

\_\_\_\_\_

