

Al Direttore Generale  
ULSS n°4 Alto Vicentino  
Dott. Domenico Mantoan  
Via Rasa 9 Thiene (VI)

Al Presidente  
Centro Studi Riabilitazione Neurocognitiva  
Dott. Angelo Macchia  
Via Lesina 107 Santorso (VI)

Al Direttore Scientifico  
Centro Studi Riabilitazione Neurocognitiva  
Prof. Carlo Perfetti  
Via Lesina 107 Santorso (VI)

Alla Coordinatrice della Formazione  
Centro Studi Riabilitazione Neurocognitiva  
Dott.sa Franca Pantè  
Via Lesina 107 Santorso (VI)

Alla Segreteria  
Sig.ra Maria Teresa Vargiu  
Centro Studi Riabilitazione Neurocognitiva  
Via Lesina Santorso (Vicenza)

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a a .....  
il ....., residente a.....CAP .....via.....n.....,  
C.F. ....indirizzo mail ..... tel.....  
Professione .....  
Ente di lavoro .....  
Titolo di studio .....conseguito a .....  
il.....

**chiede**

di poter frequentare il Centro Studi di Riabilitazione Neurocognitiva , in qualità di  
Tirocinante “Osservatore”, possibilmente dal .....al .....  
Distinti saluti

Firma

.....

Data .....

Allegati:

Fotocopia del titolo di studio  
Curriculum vitae