



DICHIARAZIONE DI AUTORIZZAZIONE ALLA PRESENZA DI TIROCINANTI AGLI INCONTRI PROFESSIONALI

Il sottoscritto

Nome:

Cognome:

Luogo e Data di Nascita:

Codice Fiscale:

Residenza:

Telefono:

E-mail:

con la presente dichiara di essere a conoscenza delle finalità proprie del tirocinio e dell'impegnativa del tirocinante a mantenere il massimo riserbo sulle notizie apprese essendo sottoposto, parimenti al professionista, al segreto professionale. Ciò premesso, quindi, autorizza il professionista a far presenziare il tirocinante od i tirocinanti agli incontri professionali che intercorreranno.

(Luogo e Data) _____

Il Cliente

Professionista/Legale Rappresentante dell'Istituto
