

## SERVIZIO RESIDENZIALE PER MEDICI SPECIALIZZANDI

Spett.le

**Provincia autonoma di Trento**

Servizio professioni sanitarie, formazione e rapporti con le  
Università

[serv.personalesanitarioeuniversita@pec.provincia.tn.it](mailto:serv.personalesanitarioeuniversita@pec.provincia.tn.it)

Il/La sottoscritto/a  nato/a a  
 (Prov. ) il ,  
cell. , mail ,  
ammesso/a al ° anno della Scuola di Specializzazione in  
 dell'Università degli Studi di  
, e frequentante il tirocinio pratico presso il  
Dipartimento e/o Unità Operativa di  
 di (città)  
 dal (giorno/mese/anno)  al (giorno/mese/anno)  
,

non avendo la possibilità di raggiungere quotidianamente la sede di tirocinio, al fine di poter usufruire (nel caso di disponibilità di posti) di un posto alloggio nelle strutture gestite dall'Opera Universitaria a Trento **per il periodo dal**  **al**  in

- camera singola  
 monolocale

TRASMETTE in allegato copia del contratto di locazione a titolo oneroso di cui è titolare presso la città sede dell'Università convenzionata con la Provincia Autonoma di Trento, al fine di beneficiare della tariffa agevolata.

Ovvero

non essendo titolare di contratto di locazione presso la città sede dell'Università a cui è iscritto, DICHIARA di assumere, nel caso di ammissione alla struttura residenziale, la relativa tariffa fissata per l'anno in corso per gli studenti non idonei da bando (sito [www.operauni.tn.it](http://www.operauni.tn.it)).

Data

Firma \_\_\_\_\_

---

*Da compilare a cura del Richiedente*

Si conferma l'ammissione del/la Sig.  al  
tirocinio presso questa/o Unità operativa   
nel periodo sopra indicato.

Firma e timbro  
Responsabile tirocini e stage APSS

---