

Al Dirigente dell'Ufficio Formazione
Al Responsabile Aziendale dei Tirocini per le Professioni Sanitarie
ASP VIBO VALENTIA

OGGETTO: Domanda di autorizzazione tirocinio con "istituti o enti accreditati con la Regione Calabria e Università Convenzionate"

- ☐ Al Direttore Sanitario/ Dipartimento/Distretto di
- ☐ Area Amministrativa/tecnico professionale ☐ Area Professioni Sanitarie
- ☐ Area Servizio Sociale

Il/la Sottoscritto/a
nato/a a il / / e residente a
in Via n°, Tel. / Cell.
Iscritto presso l'Università degli Studi di.....
Al Corso per.....
Matricola.....anno accademico.....
Altro ☐ (specificare)

Chiede

- ☐ di poter effettuare il **tirocinio del** ☐ I ° anno ☐ II anno ☐ III anno

Tutor soggetto promotore

Coordinatore Tutor soggetto ospitante

presso la struttura Sanitaria di.....

- ☐ Allega progetto Formativo (P.F.I.)

In caso di accoglimento della domanda, **dichiara** di esonerare l'Azienda e i suoi dipendenti da ogni responsabilità derivante dalla frequenza in questione.

Dichiara, inoltre che:

1. l'accesso a documentazione e a notizie avverrà per il solo fine didattico previsto dal Responsabile aziendale di tirocinio;
2. è tenuto al rispetto dei diritti di privacy ed al segreto d'ufficio;
3. la produzione intellettuale e materiale prodotta durante il periodo di frequenza e tirocinio può essere resa pubblica solo su autorizzazione dell'Azienda Sanitaria Provinciale;
4. che i suoi dati personali sono utilizzabili dall'Azienda Sanitaria, oltre che per la gestione del tirocinio, per fini di studio e statistica e comunicabili, secondo richiesta, ai portatori di interesse diretto;
5. la frequenza avrà inizio dopo il perfezionamento della documentazione prevista.

Addì,

.....
firma

Il Responsabile Aziendale di tirocinio sentito il Tutor dell'area professionale interessata di..... ove verrà svolto il tirocinio, propone l'avvio del tirocinio di cui alla presente istanza, con inizio.....della durata.....per un totale di ore.....da effettuarsi nei giorni di..... escluso i giorni festivi e la pausa didattica.

Ore di tirocinio del I° Semestre Ore di tirocinio del II° Semestre.....

nella U.O. di.....tutor.....per ore.....

nella U.O. di.....tutor.....per ore.....

nella U.O. di.....tutor.....per ore.....

Responsabile Aziendale di Tirocinio

.....

Il Dirigente dell'Ufficio Formazione, vista la proposta, vista la convenzione di cui alla delibera n°.....del, autorizza l'avvio del tirocinio nei termini di cui sopra.

Il Dirigente dell'Uff. Formazione

.....

Si evidenzia che la programmazione giornaliera del tirocinio è demandata ai "tutor di tirocinio" delle varie UU.OO. e servizi, in base alle esigenze organizzative della U.O. assegnata garantendo una equa distribuzione degli studenti tra mattina e pomeriggio.

N.B.: a fine tirocinio il Tutor di tirocinio predisporrà una relazione da trasmettere all'Ufficio Formazione. Ai sensi dell'art. 11 del Regolamento aziendale dei tirocini, l'attestazione di avvenuto tirocinio è di esclusiva competenza del Dirigente dell'Ufficio Formazione.