

MODULO DOMANDA DI TIROCINIO FORMATIVO

Autorizzazione N. _____ del _____

**Al Servizio Formazione, Ricerca e
Cambiamento Organizzativo**

Ufficio Tirocini ASSL _____

Il/la sottoscritt_ _____ nat_ a _____

il _____ residente a _____ in via _____

CAP _____ telefono/cellulare _____ e-mail _____

Iscritto presso Università/Scuola _____

Facoltà/Corso di Laurea _____

Laureato presso Università/Facoltà _____

chiede di poter effettuare presso la ASSL _____

Dipartimento/Servizio _____

Presidio Ospedaliero _____

Tirocinio curriculare PRE - LAUREA della Facoltà di _____

Corso di laurea _____

Tirocinio POST- LAUREA della Facoltà di _____

Scuola di Specializzazione _____

Tirocinio per sostenere l'Esame di stato _____

Tirocinio nell'ambito del MASTER _____

Tirocinio nell'ambito della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia _____

Tutor Aziendale _____

Qualifica/Profilo Professionale _____

Telefono _____ **e- mail** _____

Per poter effettuare un tirocinio presso le strutture dell'Azienda, l'Università/ Scuola/ Ente/ deve stipulare apposita convenzione di tirocinio, che deve prevedere la copertura assicurativa a tutela degli iscritti per infortuni e responsabilità civile sia durante l'attività didattica sia nelle fasi di spostamento. Indicarne di seguito gli estremi: **Delibera di convenzione n.** _____ **del** _____

Si allega:

Fotocopia documento di identità

Certificato di stato di buona salute **Idoneità del medico competente**

Fotocopia polizza Infortuni e Responsabilità civile: n° _____

Periodo polizza: a decorrere dal _____ scadenza al _____

Durata del tirocinio (indicare numero ore/mesi): _____

Periodo dal _____ al _____

Si allega progetto formativo dell'Università /Scuola già firmato dal Tutor Universitario (nel quale devono essere indicati gli obiettivi del tirocinio, n. ore, durata, polizze assicurative a carico dell'Università/Scuola).

Il tirocinante è tenuto a mantenere, nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs 196/2003 e s.m.i., Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27.04.2016, Regolamento ATS Sardegna per la protezione dei dati personali di cui alla Deliberazione n. 535 del 18.04.2018) l'obbligo della segretezza durante e dopo il tirocinio per quanto riguarda dati, informazioni o conoscenze in merito ai procedimenti amministrativi e ai processi organizzativi, acquisiti durante lo svolgimento del tirocinio.

Il tirocinante autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi della normativa suindicata.

Il tirocinante dichiara di aver preso visione di tutte le informazioni contenute nella pagina web ATS Sardegna Privacy.

Firma del tirocinante _____

Firma del Tutor Aziendale _____

Per i tirocini delle Professioni Sanitarie Firma del Direttore Professioni Sanitarie

Parere favorevole Responsabile della Struttura

Si autorizza
Direttore S.C. Formazione Ricerca
e Cambiamento Organizzativo
