

## DOMANDA SVOLGIMENTO TIROCINI CURRICULARI E PROFESSIONALIZZANTI

(Scrivere al computer aprendo il file con acrobat reader, scegliendo la voce compila  
o in stampatello leggibile e inoltrare l'istanza alla ASL di Oristano)  
(inviare alla e-mail [tirocini@asloristano.it](mailto:tirocini@asloristano.it))

Alla Direzione ASL n. 5 Oristano

### **A cura dello studente**

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ nat. a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ telefono/cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
 Dipendente della ASL di Oristano in servizio presso U.O. \_\_\_\_\_ P.O. \_\_\_\_\_  
 Iscritto presso la Scuola \_\_\_\_\_  
 Iscritto presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_  
 Facoltà/Corso di Laurea \_\_\_\_\_  
 Laureato presso Università/Facoltà \_\_\_\_\_  
 Convenzionata con l'ASL di Oristano, l'ATS Sardegna, ovvero con la ex ASL di \_\_\_\_\_

Indica, come richiesto dalla procedura di attivazione dei tirocini presso l'ASL di Oristano:

1. N° Polizza Infortuni \_\_\_\_\_ periodo di validità: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
2. N° Polizza Responsabilità civile \_\_\_\_\_ periodo di validità: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
3. Allega copia del Giudizio di Idoneità alla mansione periodo di validità: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

(ovvero di averne fatto domanda al proprio Ente in data \_\_\_\_\_)

### **Chiede di poter effettuare**

**il tirocinio curriculare PRE-LAUREA nell'ambito del \_\_\_\_\_ anno di corso \_\_\_\_\_**

**il tirocinio POST-LAUREA, Facoltà di \_\_\_\_\_**

**Scuola di specializzazione in \_\_\_\_\_ dell' \_\_\_\_\_**

**il tirocinio nell'ambito del MASTER di \_\_\_\_\_ ° Titolo: \_\_\_\_\_**

c/o Università \_\_\_\_\_

**Per il dipendente ASL**, il 50% del monte ore verrà svolto in orario di servizio, come previsto nel Regolamento di cui alla Delibera n 539 del 07/07/2021.

### **A cura della struttura accogliente**

presso la ASL di Oristano (indicare la struttura/e) \_\_\_\_\_

per mesi \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ovvero per n. \_\_\_\_\_ ore.

**NULLA OSTA ALLA FREQUENZA**  
**Il Direttore/Responsabile dell'U.O./Struttura Ospitante**  
timbro e firma

1) Tutor Unità Operativa \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

Struttura \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

per n. \_\_\_\_\_ ore

Firma del tutor \_\_\_\_\_

---

2) Tutor Unità Operativa \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

Struttura \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

per n. \_\_\_\_\_ ore

Firma del tutor \_\_\_\_\_

---

3) Tutor Unità Operativa \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

Struttura \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

per n. \_\_\_\_\_ ore

Firma del tutor \_\_\_\_\_

---

4) Tutor Unità Operativa \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

Struttura \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

per n. \_\_\_\_\_ ore

Firma del tutor \_\_\_\_\_

---

**Richiedente espressamente dichiara quanto segue:**

1. di osservare, nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs 196/2003, come modificato dal decreto legislativo 101/2018 e ss.mm.ii., Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27.04.2016, Regolamento ASL - <https://www.asl5oristano.it/privacy-policy/>), 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;

2. di aver preso visione di tutte le informazioni contenute nella pagina web ASL Oristano sulla **Privacy** (<https://www.asl5oristano.it/privacy-policy/>) e di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi della normativa suindicata;

**Allega alla presente richiesta la documentazione** (spuntare ogni documento allegato):

- copia di un documento d'identità in corso di validità;
- copia del progetto formativo firmato proposto dall'Università / Scuola
- copia della polizza per infortuni e polizza di responsabilità civile stipulata dall'Ente,Istituto/Scuola/Università debitamente convenzionata con l'Azienda per l'attività di tirocinio;
- copia del giudizio d'idoneità alla mansione, ovvero di produrlo appena in possesso.
- attestato del corso sulla Sicurezza di 16 ore – rischio alto (art. 37 Dlgs 81/2008 e ss.mm.ii)

**NON VERRANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE LE DOMANDE SVOLGIMENTO TIROCINI CURRICULARI E PROFESSIONALIZZANTI INCOMPLETE DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA.**

Luogo e Data \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Firma del tirocinante** \_\_\_\_\_