

DOMANDA SVOLGIMENTO TIROCINI CURRICULARI E PROFESSIONALIZZANTI

(Scrivere al computer o in stampatello e inoltrare l'istanza alla ASL di Oristano)

(inviare alla e-mail tirocini@asloristano.it e a mariafrancesca.manca@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 _____
- 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 del Servizio delle Professioni Sanitarie

presso la ASL di Oristano (indicare la struttura/e) _____

per mesi _____ dal _____ al _____ ovvero per n. _____ ore.

Per i tirocini delle Professioni Sanitarie
Il Direttore Professioni Sanitarie
timbro e firma

1) Tutor Unità Operativa _____ Qualifica _____
Struttura _____ e-mail _____ Tel _____
per n. _____ ore

Firma del tutor _____

Referente/Tutor Aziendale _____

2) Tutor Unità Operativa _____ Qualifica _____
Struttura _____ e-mail _____ Tel _____
per n. _____ ore

Firma del tutor _____

Referente/Tutor Aziendale _____

3) Tutor Unità Operativa _____ Qualifica _____
Struttura _____ e-mail _____ Tel _____
per n. _____ ore

Firma del tutor _____

Referente/Tutor Aziendale _____

4) Tutor Unità Operativa _____ Qualifica _____
Struttura _____ e-mail _____ Tel _____
per n. _____ ore

Firma del tutor _____

Referente/Tutor Aziendale _____

Irichiedente 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 leg.tivo 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 _____