

Alla Direzione Generale ASL n. 7 del Sulcis Iglesiente

MODULO DOMANDA SVOLGIMENTO TIROCINI CURRICULARI E PROFESSIONALIZZANTI

Il/la sottoscritt _____ nat_ a _____

il _____ residente a _____ in via _____

CAP _____ telefono/cellulare _____ e-mail _____

☐ iscritto presso

a) la Scuola _____

b) l'Università degli Studi di _____ Facoltà/Corso

di Laurea in _____

☐ Laureato presso Università / Facoltà _____

convenzionata con la ASL n. 7 del Sulcis Iglesiente SI ☐ NO ☐

Chiede di poter effettuare il tirocinio

☐ curriculare PRE-LAUREA nell'ambito del ____ anno di corso

☐ POST-LAUREA, Facoltà di _____

☐ nell'ambito del ____ anno di corso della Scuola di Specializzazione in _____

☐ nell'ambito del Master _____

☐ nell'ambito del ____ anno della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia _____

☐ per sostenere l'Esame di Stato in _____

presso il Dipartimento/Servizio / Presidio Ospedaliero: _____

sito in _____

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

☐ Per il dipendente ASL n. 7 del Sulcis Iglesiente, il 50% del monte ore verrà svolto in orario di servizio qualora il tirocinio sia attinente alla mansione svolta, come previsto nel Regolamento di cui alla *Deliberazione* del Commissario Straordinario ATS n.539 07.07.2021

Il/la sottoscritt _____ indica, come richiesto dalla procedura di attivazione dei tirocini presso la ASL n. 7 del Sulcis:

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 _____)

Il Direttore/Responsabile dell'U.O Ospitante firma _____	Per i tirocini delle Professioni Sanitarie Il Direttore Professioni Sanitarie firma _____
--	---

Tutor Aziendale _____ Qualifica _____

Tel. _____ e-mail _____

Il 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), 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 della Privacy Policy della ASL n. 7 del Sulcis Iglesiente, disponibile alla pagina web <https://www.aslsulcis.it/privacy-policy/>, e di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi della normativa suindicata;
- 3 di essere già stato formato sulle norme sulla sicurezza e sui rischi legati all'attività di Studente - Tirocinante dall'Ente inviante (D.lgs 81/ 2008).

Allega alla presente richiesta:

- a copia di un documento d'identità in corso di validità;
- b copia del progetto formativo proposto dall'Università / Scuola;
- c 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;
- d copia del giudizio d'idoneità alla mansione;
- e copia del certificato di frequenza del Progetto Formativo Aziendale - FAD ASINCRONA: "Art.37 D.Lgs.81/2008 (<https://it.surveymonkey.com/r/FG2022tirocinanti>) o autocertificazione di avvenuta frequenza di un corso della stessa tipologia in ambito universitario o presso un ente riconosciuto.

Luogo e Data _____

Firma del tirocinante _____