

Alla cortese attenzione
DIRETTORE U.O./SERVIZIO O RESPONSABILE
oppure
DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE
Sede tirocinio

Funzione Governance Tirocini
Azienda Provinciale per i servizi Sanitari
tirocini@apss.tn.it

RICHIESTA AMMISSIONE TIROCINIO CURRICULARE

(Almeno 30 gg prima del tirocinio se convenzione attiva) - [Editare le informazioni richieste nel campo specifico](#)

LA/IL SOTTOSCRITTA/O [Cognome]

[Nome]

C. Fiscale Nato/a a Prov. il

Residente a in n. Prov.

CAP Tel./ Mobile E Mail

in **qualità di studente/ssa** iscritto/a al

Corso di Laurea in

Scuola di Specializzazione area medica in

Scuola di Special. in Psicoterapia – indirizzo

Scuola di Special. area veterinaria in

Altre Scuole di Specializzazione in

Master in

Corso di perfezionamento in

Altri Corsi

Università degli Studi

Scuola

Altro Ente

CHIEDE DI POTER EFFETTUARE UN TIROCINIO PREVISTO DAL CORSO DI STUDIO

presso la seguente/i struttura/e aziendale/i

con sede/i di tirocinio:

nel periodo/i: DAL AL e DAL AL per ore complessive.

La/Il tirocinante/specializzando ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"

DICHIARA DI

essere in possesso di Laurea in

conseguita presso l'Università degli Studi di il

essere abilitato alla professione di Università degli Studi di

di essere iscritto all'Ordine Provincia di numero

L'iscrizione all'Ordine/Albo è titolo vincolante ed obbligatorio per l'ammissione ai tirocini previsti dalle Scuole di Specializzazione e corsi post lauream

(evidenziare con segno di spunta solo le voci pertinenti alla tipologia di tirocinio)

☐ essere a conoscenza che il tirocinio non costituisce instaurazione di rapporto di impiego né prefigura titolo o diritto a qualsivoglia genere di impiego;

☐ se dipendente APSS, di essere consapevole che il tirocinio dovrà essere svolto fuori dall'orario di servizio e in sede/struttura diversa da quella di lavoro;

☐ rispettare le indicazioni e le condizioni contenute nei Regolamenti aziendali per quanto di competenza della presente domanda;

☐ conoscere la procedura da attivare in caso di infortunio: [Documenti tirocini e stage](#);

☐ acconsentire al trattamento dei propri dati personali e sanitari ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/2003 nella misura proporzionale e strettamente necessaria per le finalità del presente procedimento;

☐ rispettare in materia di assenza di conflitto di interessi quanto previsto dal piano triennale di prevenzione della corruzione e dall'art. 6 del Codice di Comportamento aziendale, documenti disponibili agli indirizzi: <https://www.apss.tn.it/documenti-corrruzione> e [Codici e Regolamenti](#) ;

☐ essere consapevole di **poter iniziare il tirocinio curricolare solo dopo aver ricevuto comunicazione di autorizzazione** all'accesso da parte del Servizio Amministrativo competente;

Ai fini del D.Lgs. 81/2008 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (per le sole aspiranti di sesso femminile):

☐ non trovarsi in stato di gravidanza;

☐ impegnarsi a comunicare tempestivamente un eventuale stato di gravidanza accertato o presunto durante il periodo di frequenza.

ALLEGATI ALLA DOMANDA

1. **Giudizio di idoneità sanitaria alla mansione specifica** (D.Lgs 81/2008). Per i tirocini a rischio esposizione radiazioni ionizzanti (D.Lgs 101/2020) nel certificato di idoneità sanitaria deve essere espressa la classificazione ai fini della radioprotezione . In caso di classificazione in categoria A, il tirocinante deve allegare il libretto personale di radioprotezione;
2. **Attestati di formazione GENERALE** salute e sicurezza sul lavoro (Durata 4 ore) e **SPECIFICO ALTO RISCHIO** (Durata 12 ore);
3. **Attestato del corso di formazione sulla RADIOPROTEZIONE** per i tirocini a rischio radiazioni ionizzanti;
4. **Modulo di autorizzazione al trattamento dati personali** (scaricabile dal sito APSS - Documenti tirocini e stage);
5. **Copia di un documento di identità** in corso di validità.

Data Firma autografa del/della tirocinante

PARTE RISERVATA	DIRETTORE/RESPONSABILE DELL'UNITÀ OPERATIVA OSPITANTE
	oppure
	DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE

Trasmettere = a: tirocini@apss.tn.it

Il/La sottoscritto/a

Esprime parere all'accoglimento del tirocinante

Motivo diniego:

Tutor assegnato/i

Eventuali modifiche rispetto alla richiesta del tirocinante (es. di periodo):

L'attività del tirocinante ai fini della valutazione dei rischi **evidenziare con segno di spunta**

Agenti o condizioni particolari cui potrebbe essere esposto/a anche in modo potenziale/accidentale	
Biologici	AGENTI INFETTIVI trasmissibili per via aerea/droplet <input type="checkbox"/> ASSISTENZA DIRETTA SU PAZIENTI o a contatto con pazienti <input type="checkbox"/>
Chimici	GAS ANESTETICI <input type="checkbox"/> GAS LIQUEFATTI (bassissime temperature) <input type="checkbox"/> FARMACI ANTIBLASTICI <input type="checkbox"/> DETERGENTI/DISINFETTANTI <input type="checkbox"/> REAGENTI (solventi/acidi) <input type="checkbox"/>
Fisici	RADIAZIONI IONIZZANTI <input type="checkbox"/> CAMPI ELETTROMAGNETICI <input type="checkbox"/> SORGENTI LASER <input type="checkbox"/> RADIAZIONI ULTRAVIOLETTE <input type="checkbox"/> ATTIVITÀ IN AMBIENTI CON RUMORE RILEVANTE <input type="checkbox"/>
VDT	USO DEL VIDEOTERMINALE PER PIÙ DI 20 ORE/SETTIMANALI <input type="checkbox"/>
Lavoro notturno	TURNO NOTTURNO <input type="checkbox"/>
Lavori isolati	Attività eseguita in locali isolati e privi di mezzi di comunicazione con altre strutture, attività svolta anche in esterno <input type="checkbox"/>
Movimento Manuale Carichi	Movimentazione manuale dei carichi animati, inanimati e attività di traino/spinta, postazioni di lavoro statiche in posture incongrue/obbligate <input type="checkbox"/>
Diversi	Uso di automezzi, anche in qualità di trasportato <input type="checkbox"/> Altro: specificare <input type="text"/>

Data: Timbro e firma