

Alla cortese attenzione

DIRETTORE U.O./SERVIZIO O RESPONSABILE*oppure***DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE**

Sede tirocinio

Governance Tirocini e stage

Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino

tirocini@asuit.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 - specializzanda/o** 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 DEL

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

- abilitato alla professione di

Università di

- 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 d'impiego;

☐ *se dipendente ASUIT*; 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-corruzione> e [Codici e Regolamenti](#) ;

☐ essere consapevole di [poter accedere alle strutture aziendali per iniziare il tirocinio curricolare SOLO DOPO AVER RICEVUTO COMUNICAZIONE DI AUTORIZZAZIONE](#) da parte della **DIREZIONE di OSPEDALE** o di **TERRITORIO**;

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@asuit.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 ☐ ASSISTENZA DIRETTA SU PAZIENTI o a contatto con pazienti ☐
Chimici	GAS ANESTETICI ☐ GAS LIQUEFATTI (bassissime temperature) ☐ FARMACI ANTIBLASTICI ☐ DETERGENTI/DISINFETTANTI ☐ REAGENTI (solventi/acidi) ☐
Fisici	RADIAZIONI IONIZZANTI ☐ CAMPI ELETTROMAGNETICI ☐ SORGENTI LASER ☐ RADIAZIONI ULTRAVIOLETTE ☐ ATTIVITÀ IN AMBIENTI CON RUMORE RILEVANTE ☐
VDT	USO DEL VIDEOTERMINALE PER PIÙ DI 20 ORE/SETTIMANALI ☐
Lavoro notturno	TURNO NOTTURNO ☐
Lavori isolati	Attività eseguita in locali isolati e privi di mezzi di comunicazione con altre strutture, attività svolta anche in esterno ☐
Movimento Manuale Carichi	Movimentazione manuale dei carichi animati, inanimati e attività di traino/spinta, postazioni di lavoro statiche in posture incongrue/obbligate ☐
Diversi	Uso di automezzi, anche in qualità di trasportato ☐ Altro: specificare

Data:

Timbro e firma