



Unità Operativa Semplice Dipartimentale
Programmazione e Controllo di Gestione
Centro di Controllo Strategico
Formazione, ECM e Tirocini

Schema domanda di tirocinio
(allegato A al Regolamento)

All'U.O. Formazione-ECM-Tirocini
dell'Azienda Sanitaria locale di Matera
via Montescaglioso – 75100 Matera

Oggetto: richiesta di ammissione a tirocinio curriculare.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____
codice fiscale _____
residente a _____ CAP _____
in via _____ n. _____
domicilio se diverso dalla residenza _____

Tel./Cell. _____
E-mail _____

CHIEDE

di essere autorizzato/a a svolgere il seguente tirocinio curriculare:

- ☐ pre diploma professionale/maturità in _____ per n. _____ ore
- ☐ pre laurea in _____ per n. _____ ore
- ☐ post laurea per abilitazione professione di _____ per n. _____ ore
- ☐ pre dottorato di ricerca in _____ per n. _____ ore
- ☐ pre master universitario in _____ per n. _____ ore
- ☐ pre specializzazione in _____ per n. _____ ore
- ☐ altro _____ per n. _____ ore

dal _____ al _____ presso la seguente struttura dell'ASM:

in qualità di _____ per massimo n. _____ ore settimanali.

Dichiara di conoscere ed accettare il vigente regolamento aziendale sui tirocini curriculari.

Dichiara, altresì, di

- impegnarsi a frequentare presso l'ASM il corso di formazione sulla sicurezza di cui all'art. 37 del Decreto Lgs. 81/2008 e s.m.i.. della durata massima di sedici ore, articolato in due giornate di massimo otto ore ciascuna ed impartito dal Servizio Prevenzione e Protezione dell'ASM l'ultimo martedì di ogni mese e successivo giovedì, previa comunicazione del tirocinio ventuno giorni prima, unitamente all'eventuale attestato di formazione sulla sicurezza già effettuata presso il soggetto promotore, con indicazione dei relativi contenuti;
- impegnarsi a non dare inizio all'attività di tirocinio senza aver prima ottenuto dal Medico competente dell'ASM il giudizio di idoneità;
- aver preso visione e conoscenza del codice etico e di comportamento dell'ASM;
- autorizzare il trattamento dei propri dati personali nel rispetto della normativa sulla privacy di cui al Decreto Lgs. 196/2006 e s.m.i..

Luogo e data _____ Firma _____

Allegati:

- ☐ copia valido documento di riconoscimento;
- ☐ progetto formativo secondo lo schema allegato al Decreto Interministeriale 142/1998, sottoscritto dal soggetto promotore, dall'aspirante tirocinante e per l'ASM, quale soggetto ospitante, dal Responsabile di Struttura e Tutor aziendale, contenente, tra l'altro, gli estremi identificativi delle polizze assicurative attivate e l'indicazione del Tutor didattico incaricato dal soggetto promotore;
- ☐ copia autocertificata (ex DPR 445/2000) di attestato di avvenuta frequenza presso il soggetto promotore del corso di formazione sulla sicurezza di cui all'art. 37 del Decreto Lgs. 81/2008 e s.m.i., con indicazione degli argomenti svolti.

Nulla osta del/dei Responsabile/i di Struttura

Tutor aziendale disponibile

Timbro e firma 1. _____

(cognome e nome in stampatello)

2. _____

Firma _____

3. _____

Il Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero

Il Responsabile del Presidio territoriale

Timbro e firma _____

Timbro e firma _____