

NB. INDICARE LA SEDE PRESSO  
CUI VIENE CONSEGNATA LA  
DOMANDA DI TIROCINIO:  
**FOLIGNO** PER FOLIGNO-  
SPOLETO-NORCIA-CASCIA  
O **TERNI** PER TERNI-ORVIETO-  
NARNI-AMELIA

**Al Servizio Formazione - Comunicazione - URP**  
**USL UMBRIA 2 – SEDE DI FOLIGNO**  
**Piazza Giacomini n. 40 - 06034 - Foligno (PG)**

**Al Servizio Formazione - Comunicazione - URP**  
**USL UMBRIA 2 – SEDE DI TERNI**  
**Viale Bramante n. 37- 05100 - Terni**

**Oggetto: Richiesta di autorizzazione ad effettuare il tirocinio formativo.**

**Il/la sottoscritto/a** .....  
nato/a a ..... il .....  
residente a .....  
via ..... cap .....  
telefono ..... e-mail .....  
iscritto/a presso .....  
.....  
in base alla convenzione in essere stipulata nell'anno ..... chiede di essere ammesso/a a svolgere  
il tirocinio curriculare ☐ pre-lauream ☐ professionalizzante ☐ specialistico  
presso il Reparto/U.O./Servizio di .....  
..... P.O. ....  
nel periodo.....

DATA .....

FIRMA .....

**SPAZIO PER LA DICHIARAZIONE DI REGOLARITA' DEL SERVIZIO FORMAZIONE**



COPIA PER L'INTERESSATO



COPIA PER IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO OSPITANTE



COPIA PER IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA

### Parere del Dirigente/Responsabile del Servizio Ospitante

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa .....

Dirigente/Responsabile del Servizio ospitante.....

..... P.O. ....

consapevole della normativa vigente e delle prescrizioni in materia di tirocini, comprese quelle relative ai requisiti da possedere per effettuare l'attività di tutor e al numero massimo di tirocinanti che si possono seguire contemporaneamente, dichiara la propria disponibilità ad accogliere lo/la studente/ssa e che nulla-osta il poter effettuare l'attività di tutor nel periodo sopraindicato dal richiedente.

Esprime pertanto parere ☐ favorevole ☐ non favorevole

alla presente richiesta e si fa carico di denunciare nei termini di legge alle compagnie assicurative, alle scuole ed alle autorità competenti, per quanto dovuto dall'Azienda U.S.L. Umbria 2, gli eventuali infortuni occorsi al tirocinante o i danni provocati dal tirocinante stesso.

DATA .....

FIRMA .....

Nomina quale tutor il/la Dr./Dr.ssa – Sig./Sig.ra .....

FIRMA PER ACCETTAZIONE DEL TUTOR SE DIVERSO DAL DIRIGENTE/RESPONSABILE .....

### PRESCRIZIONI E CONDIZIONI PER IL TIROCINANTE

La frequenza avviene esclusivamente a rischio del tirocinante e l'Azienda non può essere ritenuta responsabile di eventuali infortuni o infezioni che si dovessero verificare a suo carico nel corso della frequenza stessa, nonché di eventuali danni che lo stesso possa arrecare a terzi: al riguardo si fa presente che l'Università/Scuola di provenienza è tenuta ad assicurare il tirocinante contro gli infortuni sul lavoro presso l'INAIL e per la responsabilità civile presso compagnie assicurative operanti nel settore.

Acquisito il parere favorevole del Dirigente/Responsabile e del tutor designato del Servizio ospitante, prima che la frequenza abbia inizio, il tirocinante dovrà provvedere a sottoporsi a visita di idoneità specifica alla posizione funzionale, presso il Servizio del Medico competente (dr. Gubbini per Foligno-Spoleto-Norcia-Cascia tel. 07423397315 - 07423397316 o dr.ssa Fioriti per Terni-Orvieto-Narni-Amelia tel. 0744204010 - 0744204036) ed allegare alla presente la sottoindicata documentazione:

1. Autocertificazione dell'iscrizione all'Università/Scuola convenzionata;
2. Progetto formativo con indicazione dei dati delle polizze assicurative o copia dei contratti delle polizze stesse se non dovessero risultare dal progetto formativo;
3. Copia di un documento d'identità in corso di validità.

N.B. Per la trasmissione del certificato di idoneità alla mansione specifica, lo/la studente/ssa dovrà attenersi alle indicazioni del medico competente.

Per presa visione ed accettazione delle condizioni

DATA .....

FIRMA .....