



aslumbria2@postacert.umbria.it

**Al Servizio Formazione USL UMBRIA 2
"Le Scale" di Porta Romana – Scala C – Piano IV
Viale Chiavellati - 06034 - Foligno (PG)**

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 pratico-valutativo specialistico

presso il Reparto/U.O./Servizio di

..... Sede di

nel periodo.....

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione e di conoscere le informazioni di cui all'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016 del Parlamento Europeo e del Consiglio (G.D.P.R.) in materia di protezione dei dati personali, che l'Azienda USL Umbria 2, nella sua qualità di titolare del trattamento, mette a disposizione nel proprio sito web aziendale all'indirizzo internet <http://www.uslumbria2.it/pagine/privacy-000>.

DATA

FIRMA

Parere del Dirigente/Responsabile della struttura/U.O./servizio ospitante

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

Dirigente/Responsabile della struttura/U.O./servizio ospitante

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.

Esprime pertanto **PARERE 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

FIRMA PER ACCETTAZIONE DEL TUTOR _____

Il DELEGATO DI FUNZIONE PER LA SICUREZZA DR./DR.SSA

VISTO, ATTESTA IL NULLA-OSTA

DATA _____

FIRMA _____

PRESCRIZIONI E CONDIZIONI PER IL/LA TIROCINANTE

L'Azienda non è tenuta ad erogare risarcimenti per eventuali infortuni o infezioni che si dovessero verificare a carico del tirocinante nel corso del tirocinio, nonché per eventuali danni che lo stesso possa arrecare a terzi: al riguardo si fa presente che l'Università/Scuola/Ente formativo di provenienza ha l'obbligo di assicurare il tirocinante contro gli infortuni sul lavoro presso l'INAIL e per la responsabilità civile presso compagnie assicurative operanti nel settore.

Acquisiti il parere favorevole del Dirigente/Responsabile della struttura/U.O./servizio ospitante, l'accettazione del tutor ed il nulla-osta del Delegato di Funzione per la sicurezza, prima che la frequenza abbia inizio il/la tirocinante dovrà produrre la sottoindicata documentazione:

1. Progetto formativo con indicazione dei dati delle polizze assicurative o copia dei contratti delle polizze stesse se non dovessero risultare dal progetto formativo;
2. Certificato medico di idoneità alla mansione, ove previsto, o dichiarazione di insussistenza dell'obbligo della sorveglianza sanitaria prevista dall'art. 41, comma 1, lett. a) e b) del D.Lgs. n. 81/2008, redatti dal medico competente: per l'area nord (Foligno-Spoleto-Valnerina) tel. 07423397315 – 07423397316, per l'area sud (Terni-Orvieto-Narni-Amelia) tel. 0744204010 – 0744204036;
3. Copia di un documento d'identità in corso di validità;
4. Scheda "Informazioni sui rischi presenti nei luoghi di lavoro dell'Azienda U.S.L. Umbria 2" sottoscritta per presa visione.

Il documento di cui al punto n. 1 sarà trasmesso a cura dell'ente formativo di provenienza a mezzo pec.

Il/la richiedente autorizzato/a al tirocinio è tenuto/a a frequentare il corso di formazione e addestramento sulla sicurezza, su invito del Servizio Formazione.

DATA _____

FIRMA _____