

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

◇ **Al Servizio Formazione**  
**USL UMBRIA 2 – SEDE DI FOLIGNO**  
“Le Scale” di Porta Romana – Scala C – Piano IV  
Viale Chiavellati - 06034 - Foligno (PG)

◇ **Al Servizio Formazione**  
**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 .....

..... Sede di .....

nel periodo.....

A tale scopo dichiara di acconsentire che i dati personali, raccolti in funzione dello svolgimento del tirocinio, siano oggetto di trattamento per gli adempimenti di legge ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 così come modificato dal D.Lgs. n. 101/2018, che ha adeguato la normativa nazionale al Regolamento UE n. 679/2016 del Parlamento Europeo e del Consiglio. Dichiara inoltre di essere informato che tutti gli aggiornamenti in merito a Titolare, D.P.O. e informativa-privacy sono pubblicati nel sito istituzionale aziendale.

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 \_\_\_\_\_

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

VISTO, ATTESTA IL NULLA-OSTA

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**PRESCRIZIONI E CONDIZIONI PER IL TIROCINANTE**

L'Azienda non può essere ritenuta responsabile di eventuali infortuni o infezioni che si dovessero verificare a carico del tirocinante nel corso del tirocinio, 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.

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 tirocinante dovrà produrre ed allegare alla presente 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, redatto da un medico competente della struttura formativa di provenienza o dichiarazione da parte del datore di lavoro della medesima struttura di insussistenza dell'obbligo della sorveglianza sanitaria prevista dall'art. 41, comma 1, lett. a) e b) del D.Lgs. n. 81/2008;
3. Copia di un documento d'identità in corso di validità.

Per presa visione ed accettazione delle condizioni

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_