

OGGETTO: Domanda autorizzazione tirocinio con Università convenzionate.

- Al Direttore Dipartimento/Distretto
- Al Direttore Sanitario Struttura Sanitaria di
- Al Coordinatore delle attività di tirocinio per l'Area Servizio Sociale Professionale

Il/la Sottoscritto/a
nato/a a il / / e residente a
..... in Via n°....., Tel.
..... / Cell.
Laureato/a Laureando/a
in presso l'Università degli Studi di

Altro (specificare)

Chiede

- di poter effettuare il **tirocinio** per il conseguimento del titolo:
-
- di poter effettuare il **tirocinio** di orientamento ai sensi della L. 196/97
presso la seguente struttura di codesta Azienda Sanitaria.....

Allega proposta del progetto formativo

In caso di accoglimento della domanda, **dichiara** di esonerare l'Azienda e i suoi dipendenti da ogni responsabilità derivante dalla frequenza in questione.

Dichiara, inoltre che:

1. l'accesso a documentazione e a notizie avverrà per il solo fine didattico previsto dal Responsabile aziendale di tirocinio;
2. è tenuto al rispetto dei diritti di privacy ed al segreto d'ufficio;
3. la produzione intellettuale e materiale prodotta durante il periodo di frequenza e tirocinio può essere resa pubblica solo su autorizzazione dell'Azienda Sanitaria Provinciale;
4. che i suoi dati personali sono utilizzabili dall'Azienda Sanitaria, oltre che per la gestione del tirocinio, per fini di studio e statistica e comunicabili, secondo richiesta, ai portatori di interesse diretto;
5. è consapevole che il tirocinio non costituisce rapporto di lavoro e non dà diritto ad alcun compenso;
6. la frequenza avrà inizio dopo il perfezionamento della documentazione prevista.

Addì,

.....
firma

Il Coordinatore delle attività di tirocinio per l'Area Servizio Sociale Professionale acquisito il nulla osta del Direttore dell'U.O. ove verrà svolto il tirocinio ed individuato il Responsabile Aziendale del tirocinante nella persona di, propone l'avvio del tirocinio di cui alla presente istanza per la durata di con inizio dal e fino al per un totale di ore

Il Coordinatore delle attività di tirocinio
del Servizio Sociale Professionale

.....

Prot. n° _____/Form. del

Il Dirigente dell'Ufficio Formazione, vista la proposta, vista la convenzione di cui alla delibera n°.....del, autorizza l'avvio del tirocinio nei termini di cui sopra.

Il Dirigente dell'Uff. Formazione

.....

N.B.: a fine tirocinio il Tutor didattico - organizzativo predisporrà una relazione da trasmettere all'Ufficio Formazione. Ai sensi dell'art. 11 del Regolamento aziendale dei tirocini, l'attestazione di avvenuto tirocinio è di esclusiva competenza del Dirigente dell'Ufficio Formazione.