

OGGETTO: Domanda autorizzazione tirocinio con Università convenzionate.

- Al Direttore Dipartimento/Distretto
- Al Direttore Sanitario Struttura Sanitaria di
- Area Servizio Professioni Sanitarie

Il/la Sottoscritto/a
nato/a a il/...../..... e residente a
..... in Vian°....., Tel.
...../..... Cell.

Laureato/a Laureando/a
in presso l'Università degli Studi di
.....

- Altro (specificare)
- Allega progetto formativo

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 codesta Azienda Sanitaria per la durata di, presso la seguente struttura
.....

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 Responsabile della Formazione Servizio Professioni Sanitarie acquisito il nulla osta del Direttore dell'U.O.
..... ove verrà svolto il tirocinio ed individuato il
Coordinatore di tirocinio (tutor) nella persona di, propone
l'avvio del tirocinio di cui alla presente istanza con inizio della durata di
per un totale di ore da effettuarsi nei giorni:

da a

Il Responsabile della Formazione
Servizio Professioni Sanitarie

.....

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 Responsabile aziendale di tirocinio 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.