

DOMANDA SVOLGIMENTO TIROCINI CURRICULARI E PROFESSIONALIZZANTI

(Scrivere al computer aprendo il file con acrobat reader, scegliendo la voce compila
o in stampatello leggibile e inoltrare l'istanza alla ASL di Oristano)
(inviare alla e-mail tirocini@asloristano.it)

Alla Direzione ASL n. 5 Oristano

A cura dello studente

Il/la sottoscritt _____ nat _____ a _____
il _____ residente a _____ in via _____
CAP _____ telefono/cellulare _____ e-mail _____
☐ Dipendente della ASL di Oristano in servizio presso U.O. _____ P.O. _____
☐ Iscritto presso la Scuola _____
☐ Iscritto presso l'Università degli Studi di _____
☐ Facoltà/Corso di Laurea _____
☐ Laureato presso Università/Facoltà _____
☐ Convenzionata con l'ASL di Oristano, l'ATS Sardegna, ovvero con la ex ASL di _____

Indica, come richiesto dalla procedura di attivazione dei tirocini presso l'ASL di Oristano:

1. N° Polizza Infortuni _____ periodo di validità: dal _____ al _____
2. N° Polizza Responsabilità civile _____ periodo di validità: dal _____ al _____
3. Allega copia del Giudizio di Idoneità alla mansione periodo di validità: dal _____ al _____

(ovvero di averne fatto domanda al proprio Ente in data _____)

Chiede di poter effettuare

- ☐ il tirocinio curriculare PRE-LAUREA nell'ambito del _____ anno di corso _____
- ☐ il tirocinio POST-LAUREA, Facoltà di _____
☐ Scuola di specializzazione in _____ dell' _____
- ☐ il tirocinio nell'ambito del MASTER di _____ ° Titolo: _____
c/o Università _____

☐ Per il dipendente ASL, il 50% del monte ore verrà svolto in orario di servizio, se previsto dal Regolamento di cui alla Delibera n 539 del 07/07/2021.

A cura della struttura accogliente

presso la ASL di Oristano (indicare la struttura/e) _____

per mesi _____ dal _____ al _____ ovvero per n. _____ ore.

NULLA OSTA ALLA FREQUENZA
Il Direttore/Responsabile dell'U.O./Struttura Ospitante
timbro e firma

1) Tutor Unità Operativa _____ Qualifica _____
Struttura _____ e-mail _____ Tel _____
per n. _____ ore

Firma del tutor _____

2) Tutor Unità Operativa _____ Qualifica _____
Struttura _____ e-mail _____ Tel _____
per n. _____ ore

Firma del tutor _____

3) Tutor Unità Operativa _____ Qualifica _____
Struttura _____ e-mail _____ Tel _____
per n. _____ ore

Firma del tutor _____

4) Tutor Unità Operativa _____ Qualifica _____
Struttura _____ e-mail _____ Tel _____
per n. _____ ore

Firma del tutor _____

Ir richiedente espressamente dichiara quanto segue:

1. Tutela della Privacy

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 GDPR")

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), si informa che i dati personali da Lei forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse allo svolgimento del tirocinio e nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza. Il Titolare tratta i dati personali degli interessati nell'ambito della sua attività istituzionale e/o per l'adempimento di un obbligo di legge. La base giuridica che legittima il trattamento è rinvenibile nell'art. 6, par. 1 lett. c) ed e) del GDPR. I dati personali vengono forniti direttamente dagli interessati mediante compilazione della modulistica predisposta. Il trattamento sarà effettuato da soggetti autorizzati e potrà includere strumenti elettronici e cartacei. L'interessato, in qualsiasi momento, potrà esercitare i diritti previsti dagli articoli 15 e seguenti del GDPR, tra cui l'accesso, la rettifica, la cancellazione, la limitazione e l'opposizione al trattamento dei dati.

2. di aver preso visione di tutte le informazioni contenute nella pagina web ASL Oristano sulla **Privacy** (<https://www.asl5oristano.it/privacy-policy/>) e di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi della normativa suindicata;

Allega alla presente richiesta la documentazione (spuntare ogni documento allegato):

- ☐ copia di un documento d'identità in corso di validità;
- ☐ copia del progetto formativo firmato proposto dall'Università / Scuola firmato dal Tutor Universitario e Aziendale
- ☐ copia della polizza per infortuni e polizza di responsabilità civile stipulata dall'Ente,Istituto/Scuola/Università debitamente convenzionata con l'Azienda per l'attività di tirocinio;
- ☐ copia del giudizio d'idoneità alla mansione (art. 41 Dlgs 81/2008 e ss.mm.ii) .
- ☐ attestato del corso sulla Sicurezza di 16 ore – rischio alto (art. 37 Dlgs 81/2008 e ss.mm.ii)
- ☐ Certificato Vaccinale
- ☐ Esito test Mantoux o preferibilmente test Quantiferon, **solo per i sanitari**.
- ☐ Modulo Autorizzazione trattamento dati sensibili, firmato da Direttore della struttura ospitante.
- ☐ Solo i medici specializzandi: copia della polizza per colpa grave (ai sensi dell'art. 10, comma 3, Legge 24/2017).

NON VERRANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE LE DOMANDE SVOLGIMENTO TIROCINI CURRICULARI E PROFESSIONALIZZANTI INCOMPLETE DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA.

Luogo e Data _____ - _____

Firma del tirocinante _____

