

## DOMANDA SVOLGIMENTO TIROCINI CURRICULARI E PROFESSIONALIZZANTI

Aprire il file con Acrobat Reader, selezionare la voce "Compila" oppure compilare il modulo in stampatello leggibile, e inoltrare l'istanza alla ASL di Oristano all'indirizzo:  
[tirocini@asloristano.it](mailto:tirocini@asloristano.it) e [Tutoraggio.sps@asloristano.it](mailto:Tutoraggio.sps@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 \_\_\_\_\_
- 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 del Servizio delle Professioni Sanitarie**

presso la ASL di Oristano (indicare la struttura/e) \_\_\_\_\_

per mesi \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ovvero per n. \_\_\_\_\_ ore.

Per i tirocini delle Professioni Sanitarie  
Il Direttore Professioni Sanitarie  
timbro e firma

1) Tutor Unità Operativa \_\_\_\_\_ Qualifica\_\_\_\_\_

Struttura \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

per n. \_\_\_\_\_ ore

Firma del tutor\_\_\_\_\_

Referente/Tutor Aziendale \_\_\_\_\_

---

2) Tutor Unità Operativa \_\_\_\_\_ Qualifica\_\_\_\_\_

Struttura \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

per n. \_\_\_\_\_ ore

Firma del tutor\_\_\_\_\_

Referente/Tutor Aziendale \_\_\_\_\_

---

3) Tutor Unità Operativa \_\_\_\_\_ Qualifica\_\_\_\_\_

Struttura \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

per n. \_\_\_\_\_ ore

Firma del tutor\_\_\_\_\_

Referente/Tutor Aziendale \_\_\_\_\_

---

4) Tutor Unità Operativa \_\_\_\_\_ Qualifica\_\_\_\_\_

Struttura \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

per n. \_\_\_\_\_ ore

Firma del tutor\_\_\_\_\_

Referente/Tutor Aziendale \_\_\_\_\_

---

**Il richiedente espressamente dichiara quanto segue:**

**1. Tutela della Privacy**

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'ente proponente
- copia della polizza per infortuni e polizza di responsabilità civile stipulata dall'Ente Proponente convenzionata con Asl Oristano;
- copia del giudizio d'idoneità alla mansione (art. 41 Dlgs 81/2008 e ss.mm.ii)
- Certificato Vaccinale
- Esito test Mantoux o preferibilmente test Quantiferon, **solo per i sanitari**.
- attestato del corso sulla Sicurezza di 16 ore – rischio alto (art. 37 Dlgs 81/2008 e ss.mm.ii)

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

Luogo e Data \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Firma del tirocinante** \_\_\_\_\_