ALLEGATO 1 Domanda di tirocinio presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari

Il/la sottoscritt_ _____ nat_ a _____

Il _____ residente a _____ in via_____

telefono _____ cellulare _____ e-mail _____

Qualifica/Diploma/Laurea _____

Chiede di poter effettuare presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari:

(barrare la casella che interessa)

☐ il tirocinio **PREDIPLOMA** (indicare la Scuola)

_____

☐ il tirocinio **POSTDIPLOMA** (indicare il Diploma)

_____

☐ il tirocinio **PRELAUREA** della Facoltà di _____

Corso di laurea _____

(indicare la durata del corso)

☐ il tirocinio **POSTLAUREA** della Facoltà di_____

Corso di laurea _____

(indicare la durata del corso)

☐ il tirocinio nell'ambito della **SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE**

in_____ presso _____

laureato in _____presso_____

☐ il tirocinio nell'ambito del **MASTER**

_____

presso l'Università_____

L'Ente che invia l'allievo è già convenzionato con l'AOU di Sassari?

No Si (Se si inserire gli estremi, data e numero della delibera di adozione della convenzione).

Se si effettua un tirocinio presso le strutture dell'AOU di Sassari occorre essere coperti da polizza assicurativa che tuteli gli allievi contro infortuni, danni e malattie, sia durante l'attività didattica sia nelle fasi di spostamento.

Indicarne di seguito gli estremi:

Polizza Infortuni (allegare fotocopia): n° _____

Periodo polizza: a decorrere dal _____ scadenza al _____.

L'allievo ha già preso contatto in via preliminare, da confermare con successiva autorizzazione aziendale, con il Servizio in cui intende svolgere il tirocinio?

Se si, indicare il servizio: _____

L'allievo ha già preso contatto in via preliminare, da confermare con successiva autorizzazione aziendale, con l'operatore disponibile a svolgere il ruolo di tutor?

Se si, indicarne il nominativo e far apporre il visto del tutor: _____

Durata del tirocinio (indicare numero ore e/o mesi):

_____

Data in cui si vorrebbe iniziare il tirocinio presso le strutture aziendali: _____

Data presunta in cui si terminerà: _____

Questa Azienda Sanitaria, per maggiormente qualificare le attività di tirocinio che si svolgono presso le proprie strutture, ritiene utile che nella domanda siano esplicitati gli obiettivi educativi che l'allievo intende raggiungere con questa attività.

OBIETTIVI

Parere del Responsabile del Servizio con timbro della struttura e firma

_____

Firma dell'allievo _____ Data _____

Privacy: Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016.

Firma dell'allievo _____ Data _____

N.B. Si ricorda che l'allievo durante il tirocinio è tenuto al rispetto del segreto professionale.