

DOMANDA DI TIROCINIO PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI SASSARI

Autorizzazione prot. n° _____ GRSR del _____

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 **VOLONTARIO** (indicare la struttura)

- 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 _____

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

Si

No

Se sì, inserire gli estremi (data e numero) della delibera di adozione della convenzione

Se si effettua un tirocinio volontario presso strutture dell'AOU di Sassari, intendendo con questo che non si è inviati da università o altri enti, ma si frequenta appunto come volontari, 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 _____

N.B. Il massimale minimo richiesto dall'azienda per questo tipo di polizza è di € 155.000,00 per morte e invalidità permanente e € 50,00 giornaliera per invalidità temporanea.

IL PREMIO IN ARGOMENTO SI INTENDE COMPRENSIVO DI IMPOSTE ED ACCESSORI E CON ESCLUSIONE DI QUALSIASI FRANCHIGIA E/O SCOPERTO

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 sì, 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 sì, 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 la frequenza 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.

Data _____

Firma dell'allievo

Privacy:

si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003.

Data _____

Firma dell'allievo

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