



(rif. alla Convenzione stipulata in data.....)

All. 1/b

Ai fini dell'attivazione del progetto di tirocinio in oggetto, è vincolante la completezza dei dati richiesti:

A CURA DEL SOGGETTO PROMOTORE (dati generali)

Cognome del tirocinante Nome.....

Nato a il

Residente in.....telefono.....

Codice Fiscale.....mail.....

Domiciliato in (indicare soltanto se diverso dalla residenza).....

Documento identificazione Emesso dail.....

Il soggetto è portatore di handicap: si no

Titolo di studio

Laurea in: psicologia medicina e chirurgia

Abilitazione conseguita in data.....presso.....

Iscrizione all'Ordine/Albo di: pos.N°.....

A carico del Soggetto Promotore:

Coperture assicurative (indicare nome della compagnia assicurativa ed estremi):

- **Polizza Infortuni sul lavoro e malattie professionali INAIL** o altro istituto di libera scelta che offra identiche garanzie di copertura assicurativa ai sensi delle vigenti disposizioni di legge,
Compagnia.....
Posizione n°.....
- **Polizza assicurativa per responsabilità civile v/terzi**
Compagnia.....
Posizione n°.....
- **Percorso di tirocinio proposto**
Anno di iscrizione alla Scuola: primo secondo terzo quarto

Tutor del Soggetto Promotoretel.e-mail.....

Area di attività proposte :

- SOD Psichiatriasede di tirocinio.....
- SOD Psichiatria Forense e Criminologia Clinica sede di tirocinio.....
- SOD Clinica delle Organizzazioni.....sede di tirocinio.....
- SOD Psico-oncologia.....sede di tirocinio.....
- SOD Alcolologia.....sede di tirocinio.....

N° ore complessivo di tirocinio dal mese..... al mese.....

Giorni della settimana: Lun Mar Mer Gio VenSabDom Orario proposto:.....



Obiettivi di tirocinio proposti (può essere integrato con allegato):

.....
.....

Il sottoscritto(Rappresentante Legale del Soggetto Promotore)

Dichiara:

- di avere i requisiti di cui al Decreto Legge 11 dicembre 1998, n. 509 “Regolamento recante norme per il riconoscimento degli istituti abilitati ad attivare corsi di specializzazione in psicoterapia...”;
 - di essere in possesso dei requisiti di cui all'art. 2 comma 2 del decreto ministeriale 25 marzo 1998 n. 142, “Regolamento recante norme di attuazione dei principi e dei criteri di cui all'art. 18 della legge 24 giugno 1997, n. 196, sui tirocini formativi e di orientamento”;
 - di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del testo unico, DPR 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici previsti dall'articolo 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria responsabilità, dichiara che tutte le informazioni contenute nel presente documento corrispondono a verità;
 - di aver effettuato, a favore di ogni tirocinante, il corso relativo alla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro relativo al D.Lgs 81/08 “Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro” di ore 16 e di fornire l’attestazione di frequenza per ciascuno di essi;
 - di trasmettere per ciascuna risorsa ad AOUC:
- **copia del giudizio di idoneità** ai sensi dell'Art. 41, c. 6, del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. (formulato a seguito di sorveglianza sanitaria), nel quale siano esplicitamente indicati i limiti di validità e i fattori di rischio indicati al punto a) del presente articolo e firmata dal medico competente nominato dalla Scuola di Specializzazione in Psicoterapia;
 - **certificazione di copertura vaccinale** per morbillo, parotite, rosolia, varicella, epatite B, difterite/tetano/pertosse (quest'ultima con data inferiore a 10 anni rispetto alla data di cessazione della presenza del tirocinante in AOUC) o autocertificazione sostitutiva unitamente a copia bifronte di documento di identità della risorsa in corso di validità.
 - **attestato di frequenza** al corso relativo a salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, D.Lgs 81/08 “Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro” di ore 16.

Timbro e firma del Soggetto Promotore

(Rappresentante Legale)

.....

Data.....



A CURA DEL TIROCINANTE

Obblighi del tirocinante:

- rispettare i regolamenti aziendali;
- rispettare le norme, i limiti e divieti posti dalla vigente normativa in tema di igiene, sicurezza e salute nei luoghi di lavoro (D.Lgs 81/08);
- seguire le indicazioni del tutor del Soggetto Ospitante e fare riferimento ad esso per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze;
- attenersi alle modalità di svolgimento previste dal progetto formativo, frequentando nelle ore e nei giorni autorizzati;
- mantenere la necessaria riservatezza per quanto attiene ai dati, informazioni o conoscenze in merito a processi produttivi e prodotti, acquisiti durante lo svolgimento del tirocinio;
- denunciare l'evento infortunio nei termini previsti nella polizza del soggetto promotore.

A carico del tirocinante da consegnare al Soggetto Ospitante:

Polizza assicurativa responsabilità professionale per colpa grave:

Posizione n°Compagnia.....

Firma per presa visione ed accettazione del tirocinante _____ data _____

A CURA DEL SOGGETTO OSPITANTE

Adempimenti per l'attivazione del tirocinio

Il Soggetto Ospitante effettuerà, all'atto dell'accesso del tirocinante, una formazione sui rischi specifici presenti nei luoghi dove si svolge l'attività del tirocinio e sulle misure da utilizzare per minimizzare i rischi.

Verificherà la presentazione dei documenti richiesti per l'attivazione del tirocinio sotto elencati:

- Documentazione sulla idoneità fisica
- Documentazione sullo stato vaccinale
- Attestazione del corso relativo a salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, D.Lgs 81/08 "Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro" di ore 16.



Strutturazione del tirocinio

Colloquio preliminare orientativo tenuto dal Direttore SOD/UO finalizzato a definire la casistica attribuita (sulla base dell'orientamento teorico della scuola e della competenza professionale maturata al momento dell'attribuzione):

individui gruppi sistemi familiari

N° ore complessivo di tirocinio autorizzate dal (gg/mm/aa)..... al(gg/mm/aa).....

Sede.....

Giorni della settimana: Lunedì Martedì Mercoledì Giovedì Venerdì Sabato Domenica

Orario per il tirocinio (max 34 ore settimanali): dalle ore.....alle ore (max 7 ore giornaliere)

Tutor aziendale:tel..... e-mail.....

Il tutor non può affiancare contemporaneamente più di due persone alla volta ed è un dipendente dell'AOUC.

Il tutor verifica il regolare svolgimento del tirocinio come da progetto formativo confermando le presenze effettuate.

Firma del Tutor aziendale per accettazione _____ data _____

Firma del Direttore SOD _____ data _____

Firma per parere del Direttore di DAI/Area _____ data _____

Firma per N.O. del Direttore Sanitario _____ data _____