



All'Ufficio Tirocini
UOC Comunicazione
Formazione URP
Tirocini.ast.an.@sanita.marche.it

All'Area Infermieristico Ostetrica
delle professioni sanitarie del
comparto
Referente unica
paola.graciotti@sanita.marche.it

Ast Ancona
Viale C. Colombo 106
60127 Ancona

OGGETTO: DOMANDA - TIROCINIO di ADATTAMENTO

Il/la sottoscritto/a

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti dal provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere ai sensi del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

di essere nato/a a il di essere residente
a in via n.c. recapito
telefonico e-mail C.F.
..... di essere in possesso del seguente Titolo di Studio
.....
conseguito in data presso Domicilio
per comunicazioni

CHIEDE

di poter effettuare IL TIROCINIO di ADATTAMENTO per il riconoscimento del titolo di studio per esercizio in
Italia della corrispondente attività sanitaria di _____
come previsto dalla Convenzione Ast An e Ministero della Salute (Determina AST N. /____), presso l'AST
Ancona Sede di _____
dal _____ al _____ per la durata di ore _____

Seguito/a dal Tutor dell'AST ANCONA, Dott./Dott.ssa (Timbro e Firma)

Allega:

1. Copia documento d'identità valido;
2. Copia Codice fiscale;
3. Curriculum formativo e professionale, autocertificato ai sensi del D.P.R. n. 445/2000;
4. Certificato di idoneità alla mansione;
5. Dichiarazione di aver visionato il Manuale Informativo relativo ai fattori di rischio e alle relative misure di sicurezza redatto dall'AST ANCONA (D. Lgs 81/2008)
6. Copia Bonifico Bancario CC/ Bancario Intestato a: AST ANCONA

Fiducioso/a nell'accoglimento della presente, porge distinti saluti.

Data ____/____/____

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI REG.UE 2016/679

La procedura di iscrizione al tirocinio comporta il trattamento dei dati personali degli istanti da parte dell'azienda sanitaria. Tale trattamento è finalizzato allo svolgimento del procedimento di attivazione ed all'eventuale effettuazione del tirocinio richiesto, nell'ambito delle attività che l'ente predispone nell'esecuzione degli obblighi derivanti dalla legge e dalle convenzioni. Il trattamento è effettuato con modalità manuali e informatiche. Il conferimento dei dati è obbligatorio per lo svolgimento del suddetto procedimento e il mancato conferimento comporta l'impossibilità a realizzare l'istruttoria necessaria. I dati raccolti sono quelli da Voi forniti con il presente modulo e saranno elaborati dal personale dell'ente, che agisce sulla base di specifiche istruzioni. I vostri dati possono essere comunicati all'esterno a soggetti nominati responsabili del trattamento per svolgere il servizio e ai soggetti che ne abbiano interesse ai sensi della legge 241/1990 e s.m.i. e per l'adempimento degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni ai sensi del D. Lgs. 33/2013.

I vostri dati possono essere comunicati ad altre amministrazioni così come previsto dalla normativa in vigore.

Il dichiarante può esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Reg. UE 679/2016: www.garanteprivacy.it. L'azienda sanitaria è il titolare del trattamento dei dati. L'informativa completa e i dati di contatto del RPD sono disponibili nel sito dell'Ente o presso gli appositi uffici.

Il/la sottoscritt_____ si impegna a:

- A. indossare la divisa concordata (ove necessaria);
- B. operare nel rispetto delle direttive aziendali, delle norme di deontologia professionale e di quelle in materia di igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- C. essere a conoscenza delle istruzioni di cui al regolamento aziendale sulla privacy;
- D. rispettare le direttive impartite dal Tutor del Servizio/Struttura in cui si svolge il tirocinio;
- E. esibire il badge di riconoscimento come da modello allegato:

FOTO
TIROCINANTE

Tirocinante di ADATTAMENTO

Per il riconoscimento in Italia del titolo professionale di:

" _____ "

Cognome Nome _____

Data ____/____/____

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

PAGAMENTI:

Gli oneri derivanti dall'organizzazione ed espletamento del tirocinio di adattamento quantificati dal decreto 31 ottobre 2008 in € 300,00 (trecento/00) pro-capite per semestre di tirocinio vanno corrisposti dai candidati **all'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona tramite pagamento di Bonifico Bancario CC/Bancario Intestato: all'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona c/o BANCA INTESA SAN PAOLO: IBAN: IT 81 D 03069 02609 1000 000 46115 - Causale: Tirocinio Adattamento - Cognome e nome del candidato.**

PROCEDURA PER INOLTARE LA DOMANDA DI TIROCINIO

Prima di accedere alla struttura sanitaria, il futuro tirocinante è tenuto a:

- Prendere contatto con la Referente Unica per i Tirocini delle Professioni Sanitarie, dott.ssa Paola Graciotti, per l'opportuna redazione del parere di compatibilità organizzativa, per la valutazione della possibilità di frequenza, per concordare la Struttura e per l'individuazione del Tutor al seguente indirizzo di posta elettronica: paola.graciotti@sanita.marche.it
- Contattare la Dott.ssa Francesca Barchiesi del Servizio di Prevenzione e Protezione di questa Area Vasta n. 2, indicando le **ore** di tirocinio previste, al fine di ricevere l'informativa e la formazione prevista in tema di sicurezza sui luoghi di lavoro dalle vigenti disposizioni (D.Lgs. n. 81/2008) al seguente indirizzo di posta elettronica: francesca.barchiesi@sanita.marche.it, per qualunque Sede dell'Area Vasta in cui si svolgerà il tirocinio; *al termine dello specifico corso di formazione il relativo attestato dovrà essere riconsegnato a questa UO Formazione.*
- contattare, tramite i seguenti operatori, il Medico Competente dell'AST Ancona per il rilascio del certificato di idoneità



alla mansione di tirocinante:

- Sede di Senigallia: Sig.ra Paola Tartarughi: tel. 07179092577; cell. 3341398430
 - Sede di Fabriano: Sig.ra Paola di Maria, tel. 0732/707237;
 - Sede di Jesi Sig.ra Luciani Agnese –0731/534601
 - Sede di Ancona: Marcozzi Mariachiara tel. 071/7509353– email: mariachiara.marcozzi@sanita.marche.it
- Il Tirocinante dipendente delle Strutture Sanitarie Pubbliche della Regione Marche potrà allegare copia del certificato d'idoneità alla mansione del proprio Medico Competente in corso di validità.
In caso di negatività del profilo anticorpale la vaccinazione è indispensabile per i reparti considerati a rischio biologico inaccettabile. (DDG/ASUR 619 del 26 ottobre 2017)
 - Trasmettere all'Ufficio scrivente, prima che il tirocinio abbia inizio, le attestazioni relative alla sicurezza (D.L.gs. n. 81/08), all'idoneità alla mansione e il parere di compatibilità organizzativa da parte, della Referente Unica per l'Area Infermieristico Ostetrica.

La domanda - **debitamente compilata in ogni sua parte** - dovrà essere consegnata a uno dei seguenti uffici/recapiti:

- Ufficio Protocollo della sede di competenza dell'AST ANCONA
- Ufficio Tirocini – Viale C. Colombo 106 – 60127 Ancona.
- via fax al numero 071/8705879
- via e-mail: tirocini.ast.an@sanita.marche.it; paola.graciotti@sanita.marche.it

si precisa, inoltre che, se inoltrate via mail, le domande con i relativi allegati saranno accolti **solo in formato PDF**.

Per informazioni 071/8705897

Grazie della collaborazione

UFFICIO TIROCINI

IMPORTANTE:

Il tirocinio non può iniziare prima che l'Azienda comunichi l'accoglimento della domanda.

ATTENZIONE: Le richieste incomplete comporteranno ritardi nell'attivazione del tirocinio.