

- c) estremi di polizza di assicurazione per infortuni (in conformità all'art. 3 DM n. 142/98)
- d) estremi polizza responsabilità civile verso terzi (in conformità all'art. 3 DM n. 142/98)
- e) ricevuta presa visione informativa sugli adempimenti per la sicurezza e avvenuta formazione (d.lgs. n. 81/2008)
- f) certificato del medico competente attestante l'idoneità alla mansione di tirocinante
- g) copia convenzione stipulata tra le parti (da richiedere al soggetto promotore)
- h) una foto-tessera

Il dichiarante si impegna, altresì:

- a non divulgare notizie o dati di cui dovesse venire a conoscenza durante il periodo di tirocinio;
- ad eseguire - sotto il controllo del responsabile della struttura frequentata (o di eventuale *tutor*, da lui designato) - le attività e/o mansioni affidategli dal medesimo;
- a sottoporre - nel caso di tirocinio finalizzato alla realizzazione di tesi o pubblicazioni scientifiche - alla preventiva valutazione/approvazione di detto Responsabile l'elaborato nonché a consentire l'eventuale utilizzo dello stesso da parte dell'AST Ancona

Data e Luogo FIRMA DEL RICHIEDENTE

NULLA OSTA DEL DIRETTORE DI UO:

(TIMBRO E FIRMA)

NULLA OSTA DEL TUTOR:

(TIMBRO E FIRMA)

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.

(luogo, data, firma)

Il dichiarante

... Segue: procedimento per inoltro della domanda

PROCEDURA AI FINI DELL'INOLTRO DELLA DOMANDA DI TIROCINIO

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

- prendere contatto con la U.O. da lui individuata per valutare con l'operatore disponibile al ruolo di tutor la possibilità di frequenza e acquisire il parere favorevole sia del Direttore/Responsabile dell'U.O. che del Tutor designato;
- verificare l'esistenza della Convenzione con la Scuola/Ente/Università/Istituto (soggetto promotore) indicato nella domanda. Se tale Convenzione è stata attivata l'interessato dovrà esibirne copia all'Ente ospitante. Invece, qualora non attivata, il soggetto promotore si metterà in contatto con il soggetto ospitante per procedere alla eventuale stipula;
- Contattare la Dott.ssa Francesca Barchiesi del Servizio Prevenzione e Protezione di questa Ast An 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'Ast in cui si svolgerà il tirocinio.
- 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 Lupi Serena tel. 07179092577 – email: serena.lupi@sanita.marche.it
 - Sede di Fabriano: Sig.ra Paola di Maria, tel. 0732/707839 – email: paola.dimaria@sanita.marche.it
 - Sig.ra Luciani Agnese – Sede di Jesi 0731/534601 – email: agnese.luciani@sanita.marche.it
 - Sede di Ancona: Marcozzi Mariachiara tel. 071/7509353 – email: mariachiara.marcozzi@sanita.marche.it
- trasmettere all'Ufficio scrivente, prima che il tirocinio abbia inizio, il modulo di presa visione dell'informativa sulla sicurezza, l'attestazione dell'avvenuta formazione (DL.gs. n. 81/08) e il certificato di idoneità alla mansione.

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 UOC Comunicazione Formazione URP – Via Cristoforo Colombo,106 - 60127 Ancona.
- via e-mail: tirocini.ast.an@sanita.marche.it

N.B. Il tirocinio non potrà iniziare

- prima che l'Azienda (attraverso l'Ufficio scrivente) comunichi l'accoglimento della domanda. La stessa potrà essere accolta, assolti positivamente gli adempimenti di cui ai punti precedenti e verificata la completezza della richiesta. Le richieste incomplete – laddove sanabili - potranno comunque comportare ritardi nell'attivazione del tirocinio.

Grazie della collaborazione

**UOC COMUNICAZIONE FORMAZIONE URP
UFFICIO TIROCINI**

(per informazioni rivolgersi a 071/8705897-79
dalle ore 11.00 alle ore 13.00)

NB: IL TIROCINANTE DOVRA' ESIBIRE UN BADGE DI RICONOSCIMENTO COME DA MODELLO

	Foto tirocinante
Tirocinante Curriculare iscritto al Corso:	
“ _____ ”	
Scuola/Ente/Università/Istituto _____	
Autorizzazione AST AN Prot. n. _____ / _____ / _____ del ____ / ____ / ____	