



All'Ufficio Tirocini
UOC Comunicazione Formazione URP

All'Area Riabilitazione
delle Professioni Sanitarie del Comparto

AST ANCONA
Viale C. Colombo, 106
60127 Ancona

OGGETTO: DOMANDA DI TIROCINIO CURRICULARE c/o L'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona

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

CHIEDE

di poter **frequentare** come "Tirocinante Curriculare" l'U.O. di
Dipartimento Sede di
dal al per un totale di mesi ore
in quanto iscritto al Corso:

Comunica altresì:

- ☐ di essere iscritto/a (ove previsto) all'Ordine della/e Professione/i Prov n.
- ☐ di essere dipendente dell'Azienda ☐ di non svolgere attività lavorativa
- ☐ che l'istituzione presso cui è iscritto/a è convenzionata con l'AST Ancona
- ☐ che sarà seguito/a da un Tutor dell'AST Ancona individuato nella persona del/della Dott./Dott.ssa
.....

Ai fini della presente domanda allega:

- Copia documento di riconoscimento (con data, luogo e firma in originale)
- Progetto Formativo debitamente sottoscritto dal frequentante e dal Tutor
- Estremi di polizza di assicurazione per infortuni (in conformità all'art.3 D.M. 14/98)
- Estremi di polizza di Responsabilità civile verso terzi (in conformità all'art.3 D.M. 14/98)

- e) *Ricevuta presa visione informativa sugli adempimenti per la sicurezza e avvenuta formazione (d.lgs. n. 81/2008)*
- f) *Certificato del medico Competente idoneità alla mansione (I dipendenti delle Strutture Sanitarie Pubbliche della Regione Marche potranno allegare copia della certificazione del loro Medico Competente in corso di validità.)*
- g) *Parere compatibilità organizzativa da parte del servizio preposto*
- h) *Copia della convenzione stipulata tra le parti (da richiedere al soggetto promotore)*

Il dichiarante si impegna altresì:

1. a indossare la divisa concordata (ove necessaria);
2. a esibire il badge di riconoscimento come da modello allegato;
3. ad eseguire – sotto il controllo del Tutor della struttura frequentata le attività e/o mansioni affidategli dal medesimo;
4. ad operare nel rispetto delle direttive aziendali, delle norme di deontologia professionale e di quelle in materia di igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro;
5. a sottoporre - nel caso di tirocinio finalizzato alla realizzazione di tesi o pubblicazioni scientifiche - alla preventiva valutazione/approvazione di detto Tutor l'elaborato nonché a consentire l'eventuale utilizzo dello stesso da parte dell'AST.
6. a riconoscere che il tirocinio non comporterà, a tutti gli effetti, l'instaurarsi di rapporto di lavoro o di prestazione d'opera professionale con l'Azienda.

Nell'attesa di un Vostro riscontro alla presente, porgo distinti saluti.

Data e Luogo FIRMA DEL RICHIEDENTE

NULLA OSTA DEL TUTOR
(TIMBRO E FIRMA)

NULLA OSTA DEL REFERENTE UNICO PER
L'AREA RIABILITATIVA
(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

PROCEDURA PER INOLTARE LA DOMANDA DI TIROCINIO

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

- 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;
- Prendere contatto con il Dott. Roberto Rossi, Referente Unico per l'Area Tecnici Riabilitazione delle Professioni Sanitarie, 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: roberto.rossi@sanita.marche.it
- Contattare (se non dipendente AST Ancona) la Dott.ssa Francesca Barchiesi del Servizio di Prevenzione e Protezione di questa AST, 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'Azienda Sanitaria in cui si svolgerà il tirocinio; *al termine dello specifico corso di formazione il relativo attestato dovrà essere riconsegnato a questo Ufficio.*
- 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
 - Sede di Jesi: Sig.ra Luciani Agnese –0731/534601 – email: agnese.luciani@sanita.marche.it
 - 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, il modulo di presa visione dell'informativa sulla sicurezza (D.L.gs. n. 81/08), all'idoneità alla mansione e il parere di compatibilità organizzativa da parte, del Referente Unico per l'area della Riabilitazione.

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 e URP – Viale C. Colombo 106 – 60127 Ancona.
- via e-mail: tirocini.ast.an@sanita.marche.it; roberto.rossi@sanita.marche.it

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

N.B. Il tirocinio non potrà iniziare prima che l'Azienda (attraverso questo Ufficio) comunichi l'accoglimento della domanda. La stessa potrà essere accolta, assolta 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)



Foto
tirocinante

Tirocinante Curriculare iscritto al Corso:

“ _____ ”

Scuola/Ente/Università/Istituto _____

Autorizzazione AST AN Prot. n. ____/____/____ del ____/____/____

NB: Il tirocinante dovrà esibire un badge di riconoscimento come da modello