

All'Ufficio Tirocini
UOC COMUNICAZIONE FORMAZIONE URP
AST Ancona
Viale Cristoforo Colombo, 106
60127 Ancona
Tirocini.ast.an@sanita.marche.it

Id:

OGGETTO «DOMANDA DI TIROCINIO EXTRA RETE FORMATIVA PRESSO L'AST 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 conseguenti dal provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere ai sensi del d.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di essere nato/a il di essere residente a
..... in Via n. civico
recapito telefonico/cell., e-mail.....
C.F. di essere in possesso del seguente Titolo di Studio
..... conseguito in data presso
.....

CHIEDE

di poter frequentare, come "tirocinante extra rete formativa", l'U.O. di
Dipartimento di sede di
dal al per un totale di mesi ore

in quanto iscritto al Corso di laurea specialistica nell'ambito della Scuola di Specializzazione in
..... presso

Comunica, altresì, che:

- l'istituzione presso cui sono iscritto/a è convenzionata con l'AST Ancona:
☐ **SI** ☐ **NO** (barrare casella d'interesse)
- sarò seguito/a da un *tutor* individuato nella persona del Dott.
disponibile a svolgere tale ruolo come da nullaosta in calce alla domanda.

Ai fini della presente domanda allega:

- a) *copia documento di riconoscimento (con data, luogo, firma in originale)*
- b) progetto formativo e di orientamento debitamente sottoscritto sia dal frequentante che dal tutor;
- c) Copia certificato di **Polizza RCT (Responsabilità civile verso terzi)** sui danni provocati a persone o cose (ivi compresa l'ASUR/AV2) con capitale assicurato minimo non inferiore a € 500.000,00
- d) Copia certificato **Polizza sugli infortuni** (ipotesi morte, invalidità permanente e in itinere con capitale assicurato minimo non inferiore a € 50.000,00)
- e) **Attestazione** dell'avvenuta informativa sugli adempimenti per la sicurezza sui luoghi di lavoro (**d.lgs. n. 81/2008**) e **formazione**
- f) **Certificato di idoneità** del Medico competente alla mansione di tirocinante
- g) *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

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

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 DELL'ART. 13 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. *Si precisa che, al termine dello specifico corso di formazione, che avverrà nei primi mesi di svolgimento del tirocinio, il relativo attestato dovrà essere riconsegnato a questo Ufficio 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 Lupi Serena tel. 07179092577 – email: serena.lupi@sanita.marche.it
 - Sede di Fabriano: Sig.ra Paola di Maria, tel. 0732/707894 – 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
- 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 An.
- via e-mail: tirocini.ast.an@sanita.marche.it

N.B. Il tirocinio non potrà iniziare

- prima che l'Azienda (attraverso l'Ufficio Tirocini) 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
Medico Specializzando extra rete formativa iscritto al Corso:	
“ _____ ”	
Scuola/Ente/Università/Istituto _____	
Autorizzazione AST AN Prot. n. ____/____/____ del ____/____/____	