

SU CARTA INTESTATA CONTENENTE I
DATI DELL'ENTE RICHIEDENTE

Richiesta avvio stage

Prot.n.

All'Area Tirocini
Comunicazione, Formazione e URP

Alla Area Infermieristico Ostetrica Professioni
Sanitarie_ Referente Unica

AST _AN
Viale Cristoforo Colombo 106
60127 ANCONA

Oggetto: Richiesta avvio stage relativo al conseguimento della Qualifica Professionale di "Operatore Socio Sanitario"
- Ente di Formazione _____, - Codice corso _____.

Il/la sottoscritto/a _____, nat .. a _____, il _____,
nella qualità di Legale rappresentante, dell'Ente Formativo _____,
con sede Legale a _____, in Via _____, cap _____, Prov.(____), Tel.
_____, mail _____, partita IVA/Codice fiscale _____.
Sede operativa: _____ in Via _____, cap _____, Prov.(____), Tel.: _____

PREMESSO

che lo stage di cui alla presente richiesta è stato approvato da codesta spett.le AST ANCONA con determina n.
_____ del _____

CHIEDE

L'avvio dello stage per n. ____ Tirocinanti /Stagisti da inserire presso le Strutture delle Sedi Operative dell' AST
ANCONA nel periodo dal ____ al ____ , per ore ____, nelle seguenti Sedi _____
come da elenco allegato.

Al riguardo trasmette, inoltre:

- 1) Progetto formativo unico debitamente sottoscritto dell'Ente Formatore indicante gli estremi delle polizze assicurative (INAIL e Responsabilità Civile verso Terzi);
- 2) Tabella riassuntiva allievi (foglio excel)
E per ogni singolo studente:
- 3) Dichiarazione sostitutiva di certificazione con copia del documento di identità (con data, luogo e firma in originale)
- 4) Attestazione di avvenuta informativa sugli adempimenti per la sicurezza (D. lgs. 81/2008)
- 5) Certificato del medico competente di idoneità alla mansione *rilasciato dal Medico Competente dell' AST/AN*

In attesa di un Vostro riscontro, si porgono cordiali saluti.

Luogo _____, data _____

Il Legale Rappresentante o Suo delegato
Ente Formativo _____
Firma _____

INDICAZIONI PER L'AVVIO DELLO STAGE

L'Ente Formatore è tenuto a contattare:

1. il Servizio delle Professioni Sanitarie, paola.graciotti@sanita.marche.it, per organizzare lo stage delle diverse sedi dell'AST, per l'assenso a contattare i tutors individuati e l'orario dei turni degli studenti OSS;
2. il Medico Competente dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona, tramite i seguenti operatori:
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
per il certificato d'idoneità alla mansione
3. Il Servizio di Prevenzione e Protezione dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona: francesca.barchiesi@sanita.marche.it per l'acquisizione del "Manuale Informativo art.36 D. Lgs.81/08" e "Mod. presa visione informativa".

L'Ente Formatore, per l'avvio dello stage, trasmetterà (almeno 20 giorni prima) al seguente indirizzo di posta elettronica: tirocini.ast.an@sanita.marche.it:

1. la domanda unica per l'avvio del tirocinio, corredata dell'elenco degli studenti (file Excel allegato) contenente i recapiti personali, la proposta della sede territoriale dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona presso la quale gli studenti desiderano svolgere il tirocinio, la data di effettuazione della visita dal medico competente e dell'acquisizione dell'informativa S.P.P.
2. il progetto formativo unico contenente gli estremi delle polizze assicurative;
3. per ogni singolo studente:
 - a) la dichiarazione sostitutiva di certificazione con copia del documento di identità
 - b) il certificato d'idoneità alla mansione
 - c) l'attestazione ai sensi del D. Lgs. 81/2008 (presa visione informativa)

Tale documentazione, dovrà essere consegnata al seguente recapito:

- Ufficio Protocollo della sede di competenza dell'AST Ancona
- U.O. Formazione – Via Cristoforo Colombo,106 - 60127 Ancona.
- via e-mail: tirocini.ast.an@sanita.marche.it

Il solo elenco degli studenti dovrà essere trasmesso anche al Servizio di Prevenzione e Protezione (francesca.barchiesi@sanita.marche.it) per gli ulteriori adempimenti di competenza.

Sarà cura dell'Ente Formatore consegnare ad ogni Studente il badge di riconoscimento come da modello allegato.

Il tirocinante dovrà esibire un badge di riconoscimento come da modello allegato.

	Foto tirocinante
TIROCINANTE	
OPERATORE SOCIO SANITARIO	
codice corso : _____	
Ente Formatore _____	