



Università degli Studi di Udine

**DOCUMENTAZIONE PER GESTIONE AMMINISTRATIVA DELLE  
ATTIVITÀ DI FORMAZIONE DEGLI STUDENTI PRESSO SOGGETTI  
TERZI - STUDENTI ISCRITTI AL CORSO IN MEDICINA E CHIRURGIA**

# AUTORIZZAZIONE A SVOLGERE ATTIVITÀ FORMATIVE PRESSO SOGGETTI TERZI

(ATTIVITÀ DI TIROCINIO: L. n. 196/1997 – D.M. 509/99 – 270/04 – Regolamento didattico d'Ateneo art. 96)

AL COORDINATORE DEL CORSO DI STUDIO  
IN MEDICINA E CHIRURGIA  
Prof. Francesco Curcio

## IL SOTTOSCRITTO

NOMINATIVO: \_\_\_\_\_

DATA E LUOGO DI NASCITA: \_\_\_\_\_

RESIDENZA: \_\_\_\_\_

RECAPITO: \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

ISCRITTO al \_\_\_\_\_ anno del corso di laurea in Medicina e Chirurgia

## CHIEDE

1. di essere autorizzato a svolgere, presso soggetti terzi all'Università degli Studi di Udine, attività formative qualificabili come attività di tirocinio (L. n. 196/1997 – D.M. 509/99 - D.M. 270/04 – Regolamento didattico d'Ateneo art. 96), secondo quanto previsto nel PROGETTO FORMATIVO allegato.

Udine, \_\_\_\_\_

LO STUDENTE

\_\_\_\_\_

Allegare 2 copie modulo "PROGETTO FORMATIVO" compilato nelle parti relative a:

1. Sezione I
2. Sezione II: dati tutore universitario
3. Sezione IV: Attività previste e Obiettivi

SI AUTORIZZA

IL COORDINATORE DI  
CORSO DI STUDIO  
Prof. Francesco Curcio

\_\_\_\_\_



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI UDINE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA**

**Sezione I - STUDENTE/TIROCCINANTE:**

NOMINATIVO: \_\_\_\_\_

DATA E LUOGO DI NASCITA: \_\_\_\_\_

RESIDENZA: \_\_\_\_\_

RECAPITO: \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

ISCRITTO al \_\_\_\_\_ anno del corso di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia

PORTATORE DI HANDICAP:

- SI  
 NO

**Sezione II - SOGGETTO PROMOTORE:**

DENOMINAZIONE: Università degli Studi di Udine, Facoltà di Medicina e Chirurgia

SEDE: VIA COLUGNA, 50 - UDINE - tel. 0432 494900, telefax 0432 494901

**RAPPRESENTANTE: prof. Francesco Curcio – Coordinatore del Corso di studio in Medicina e Chirurgia**

TUTORE UNIVERSITARIO:

*(previo parere/consenso del docente del Corso appartenente ad un insegnamento affine rispetto all'istituto/reparto presso il quale lo studente intende svolgere il periodo di frequenza)*

RESPONSABILE SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE:

Nominativo: \_\_\_\_\_

Nominativo: ing. Gino Capellari

Recapito: \_\_\_\_\_

Recapito: Servizio Prevenzione e Protezione tel. 0432 556418

**Polizze assicurative:**

Il soggetto Inviante garantisce che il tiroccinante, nello svolgimento delle attività previste dal presente documento, è coperto dalle seguenti polizze:

infortuni: INAIL, con il sistema della copertura assicurativa per conto dello Stato (T.U. INAIL D.P.R. n. 1124/65)

Responsabilità civile: polizza RCT dell'Università - polizza LLOYD'S 1729071

**Sezione III - SOGGETTO OSPITANTE:**

DENOMINAZIONE: \_\_\_\_\_

SEDE: \_\_\_\_\_

SEDE/I DEL TIROCINIO (stabilimento/reparto/studio medico): \_\_\_\_\_

RAPPRESENTANTE: \_\_\_\_\_

TUTORE AZIENDALE:  
(Dirigente Medico preposto a seguire lo studente durante il periodo di tirocinio)

RESPONSABILE SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

Nominativo: \_\_\_\_\_

Nominativo: \_\_\_\_\_

Recapito: \_\_\_\_\_

Recapito: \_\_\_\_\_

Il soggetto ospitante ha ottemperato agli adempimenti previsti dall'art. 4 comma 2, D.L.vo n. 626/1994:

- SI  
 NON OBBLIGATO

La tipologia e la frequenza delle attività previste nel progetto formativo richiedono visita d'idoneità sanitaria obbligatoria, per lo studente:

La tipologia e la frequenza delle attività previste nel progetto formativo richiedono visita d'idoneità sanitaria obbligatoria, per lo specializzando:

- SI - elencare di seguito le attività/rischi per i quali è richiesta l'idoneità sanitaria obbligatoria

\_\_\_\_\_

- NO

#### Sezione IV - OBIETTIVI E MODALITÀ DEL TIROCINIO

TEMPI/ORARI DI ACCESSO AI LOCALI AZIENDALI: \_\_\_\_\_  
(specificare l'orario di accesso alla struttura nell'ambito della quale viene garantita la copertura assicurativa. Es: h. 0-24)

PERIODO DI TIROCINIO: \_\_\_\_\_  
(specificare il periodo di frequenza della struttura nell'ambito della quale viene garantita la copertura assicurativa. Es: dal gg.mm.aa. - al dal gg.mm.aa)

ATTIVITÀ PREVISTE: (DA DEFINIRSI CON IL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA OSPITANTE)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OBIETTIVI:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### CONDIZIONI GENERALI PER L'ATTIVITÀ DI TIROCINIO (L. n. 196/1997 – D.M. 509/99 – Regolamento didattico d'Ateneo art. 96)

- Il tirocinio formativo e di orientamento, ai sensi dell'art. 18, comma 1, lettera d), della legge n. 196 del 1997 non

costituisce rapporto di lavoro. Il soggetto ospitante si impegna ad accogliere presso le sue strutture lo studente in tirocinio di formazione ed orientamento, ai sensi dell'art. 5 del decreto attuativo dell'art. 18 della legge n. 196 del 1997.

- Durante lo svolgimento del tirocinio l'attività di formazione e di orientamento è seguita e verificata da un tutore universitario designato dal *soggetto promotore* in veste di responsabile didattico-organizzativo, e da un tutore aziendale, indicato dal *soggetto ospitante*.
- Durante lo svolgimento del tirocinio formativo e di orientamento lo studente/tirocinante è tenuto a:
  - 1) svolgere unicamente le attività previste dal progetto formativo, e rientranti nelle proprie competenze di studente, osservando gli orari concordati e rispettando l'ambiente di lavoro e le esigenze di coordinamento del *soggetto ospitante*;
  - 2) rispettare le norme in materia di igiene, salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
  - 3) mantenere la necessaria riservatezza per quanto attiene ai dati, informazioni o conoscenze in merito alle attività del *soggetto ospitante*, acquisiti durante lo svolgimento del tirocinio.
- Qualora si verificassero, da parte del tirocinante, comportamenti lesivi di diritti o interessi del *soggetto ospitante*, questi potrà, previa informazione al tutore universitario, sospendere e interrompere lo svolgimento del tirocinio.
- Nel caso di risoluzione anticipata del progetto formativo il tirocinante è tenuto a darne comunicazione scritta al *soggetto promotore* e al *soggetto ospitante*, con un congruo preavviso.
- Il *soggetto promotore* garantisce la copertura assicurativa del/i tirocinante/i contro gli infortuni sul lavoro presso l'Inail, con il sistema della copertura assicurativa per conto dello Stato (T.U. INAIL D.P.R. n. 1124/65 e D.P.R. n. 156/99), nonché per la responsabilità civile presso compagnie assicurative operanti nel settore. In caso di incidente durante lo svolgimento del tirocinio, il *soggetto ospitante* si impegna a segnalare tempestivamente l'evento agli istituti assicurativi ed al *soggetto promotore*. Quest'ultimo provvederà agli adempimenti di legge.
- Il *soggetto promotore* provvede a comunicare periodicamente alla Regione, alle strutture provinciali del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale competenti per territorio in materia di ispezione, nonché agli organismi locali delle confederazioni maggiormente rappresentative sul piano nazionale, i dati relativi ai progetti formativi e di orientamento.
- Il *soggetto ospitante* provvede ad applicare al tirocinante, equiparato al lavoratore, le misure per la tutela della salute e per la sicurezza dei lavoratori durante il lavoro di cui al D. L.vo n. 626/1994 e successive modificazioni ed integrazioni. Il *soggetto promotore* provvederà, tramite il medico competente dell'Università, a certificare l'idoneità sanitaria allo svolgimento delle attività formative, qualora previsto nel progetto formativo. Il *soggetto ospitante* si impegna a comunicare alle rappresentanze sindacali aziendali, ove esistenti, i dati relativi al progetto formativo.
- Il *soggetto ospitante* provvede a comunicare al *soggetto promotore* l'eventuale instaurazione di un successivo rapporto di lavoro con il tirocinante

Firma per presa visione ed accettazione  
 Studente/tirocinante

---

Firma per presa visione ed accettazione  
 Soggetto Promotore

Il Coordinatore di Corso di studio in Medicina e Chirurgia  
 Prof. Francesco Curcio

Firma per presa visione ed accettazione  
 Soggetto Ospitante

