



**DOCUMENTAZIONE PER LA GESTIONE AMMINISTRATIVA  
DELLE ATTIVITÀ DI TIROCINIO PRESSO L'AZIENDA SANITARIA  
UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE  
DA PARTE DEGLI STUDENTI ISCRITTI  
AL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN MEDICINA E CHIRURGIA**



**AUTORIZZAZIONE A SVOLGERE TIROCINI  
PRESSO L'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE**  
(ATTIVITÀ DI TIROCINIO: L. n. 196/1997– D.M 509/99 - D.M. 270/04 – Regolamento didattico del Corso di Studio)

AL COORDINATORE DEL CORSO DI STUDIO  
IN MEDICINA E CHIRURGIA

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

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

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

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

RECAPITO MAIL \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

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

**CHIEDE**

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 – M 509/99 - D.M. 270/04 – Regolamento didattico del Corso di Studio), secondo quanto previsto nel PROGETTO FORMATIVO allegato.

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

Lo/a Studente/ssa

\_\_\_\_\_

SI AUTORIZZA  
Il Coordinatore del Corso di Studio  
Prof. Paolo Lanzetta

\_\_\_\_\_



**PROGETTO FORMATIVO PER ATTIVITA' DI TIROCINIO  
PRESSO L'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE**  
(ATTIVITÀ DI TIROCINIO: L. n. 196/1997 – D.M. 509/99 - D.M. 270/04 – Regolamento didattico del Corso di Studio)

**Sezione I - STUDENTE/TIROCINANTE**

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

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

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

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

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

PORTATORE DI HANDICAP:

SI

NON OBBLIGATO

**Sezione II - SOGGETTO PROMOTORE**

DENOMINAZIONE: Università degli Studi di Udine, Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

SEDE: VIA COLUGNA, 50

RAPPRESENTANTE: prof. Paolo Lanzetta – Coordinatore del Corso di studio

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)*

Nominativo:

RESPONSABILE SERVIZIO PREVENZIONE E  
PROTEZIONE:

Nominativo: ing. Gino Capellari

Recapito:

Recapito: Servizio Prevenzione e Protezione  
tel. 0432 556418

**POLIZZE ASSICURATIVE:**

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

- Responsabilità per gli infortuni sul lavoro INAIL: ai sensi del D.P.R. 9.4.1999, n. 156, la copertura contro gli infortuni sul lavoro del tirocinante è assicurata mediante la forma della gestione per conto dello Stato.
- Responsabilità civile: polizza n. 404324742, compagnia AXA ASSICURAZIONI SPA

**Sezione III - SOGGETTO OSPITANTE**

DENOMINAZIONE: AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE

SEDE LEGALE: Via Pozzuolo, 330 - 33100 UDINE

SEDE OPERATIVA: Presidio ospedaliero universitario Santa Maria della Misericordia di Udine

RAPPRESENTANTE LEGALE: Dott. Denis Caporale, Direttore Generale

SEDE/I DEL TIROCINIO (SOC/SOSD): \_\_\_\_\_

DIRETTORE (SOC/SOSD) \_\_\_\_\_



TUTORE AZIENDALE:

*(dirigente medico preposto a seguire lo  
studente durante il periodo di tirocinio)*

Nominativo:

---

Recapito (e-mail obbligatoria):

---

RESPONSABILE SOSD PREVENZIONE,  
PROTEZIONE E GESTIONE AMBIENTALE

Nominativo: dott.ssa Vitalba Caruso

Recapito:

servizio.prevenzioneprotezione@asufc.sanita.fvg.it

Il soggetto ospitante ha ottemperato agli adempimenti previsti dall'art. 17 comma 1 lett.a del d.lgs. 81/2008.

La tipologia e la frequenza delle attività previste nel progetto formativo comportano la potenziale esposizione a situazioni di rischio specifico (vedi scheda di caratterizzazione situazioni di rischio allegata al progetto formativo)

- SI
- NO

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

TEMPI/ORARI DI ACCESSO AI LOCALI AZIENDALI: dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 17 per un massimo di 8 ore giornaliere.

PERIODO DI TIROCINIO: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

(specificare il periodo di frequenza alla struttura nell'ambito della quale viene garantita la copertura assicurativa. Es. dal gg.mm.aa. – al 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 – D.M. 270/04 – Regolamento didattico del Corso di Studio)

- 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:
  - 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*;
  - rispettare le norme in materia di igiene, salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
  - 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.
- Le Parti si impegnano a trattare i dati personali, con supporto analogico o digitale, nel rispetto dei principi generali in tema di protezione dei dati personali, di ogni obbligo previsto dal Regolamento (UE) 2016/679 concernente la tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e la libera circolazione di tali dati (di seguito "GDPR") e dalla disciplina in materia, nonché ai provvedimenti delle Autorità di Controllo degli Stati membri dell'Unione Europea ed in particolare del Garante per la protezione dei dati personali. L'Università degli Studi di Udine rende disponibile l'*informativa* unitamente ai suoi eventuali aggiornamenti, nella sezione "privacy" del sito web di *Afeneo* ([www.uniud.it/privacy](http://www.uniud.it/privacy)).

Firma per presa visione ed accettazione  
Studente/tirocinante

---

Firma per presa visione ed accettazione del  
Soggetto Promotore  
Il Coordinatore del CdLM in Medicina e  
Chirurgia  
Prof. Paolo Lanzetta

---

Firma per presa visione ed accettazione  
**Soggetto Ospitante**

---



**Scheda di caratterizzazione dell'attività del tirocinio ai fini della sicurezza e prevenzione  
(allegato obbligatorio al progetto formativo dello studente)**

NOMINATIVO (cognome e nome dello studente):

PERIODO DI TIROCINIO: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**ATTIVITÀ PREVISTE:**

**Solo osservazionali**

Da compilare sempre, esclusivamente a cura del Direttore della Struttura		
AGENTI O CONDIZIONI PARTICOLARI CUI POTREBBE ESSERE ESPOSTO/A ANCHE IN MODO POTENZIALE/ACCIDENTALE	SI	NO
<b>Biologici:</b> <input type="checkbox"/> agenti biologici infettivi trasmissibili per via aerea/droplet <input type="checkbox"/> manipolazione di campioni/liquidi biologici in laboratorio <input type="checkbox"/> assistenza diretta sui pazienti o contatto con pazienti		
<b>Chimici:</b> <input type="checkbox"/> Agenti nocivi quali irritanti respiratori, tossici, corrosivi, ecc. <input type="checkbox"/> Gas liquefatti (bassissime temperature) <input type="checkbox"/> Atmosfere sotto ossigenate (azoto liquido – CO <sub>2</sub> , impianti antincendio a gas inerte)		
<b>Fisici:</b> <input type="checkbox"/> Radiazioni ionizzanti <input type="checkbox"/> Radiazioni ortiche artificiali quali: sorgenti laser, U.V., altro. <input type="checkbox"/> Campi elettromagnetici <input type="checkbox"/> Attività in ambienti con rumore rilevante		
<b>VDT:</b> <input type="checkbox"/> uso del videoterminale per più di 20 ore/settimanali		
<b>Movimentazione Manuale Carichi:</b> <input type="checkbox"/> Movimentazione manuale di carichi animati, inanimati e attività di traino/spinta <input type="checkbox"/> postazioni di lavoro statiche in posture incongrue/obbligate		
<b>Lavori isolati:</b> <input type="checkbox"/> Attività eseguita in locali isolati e privi di mezzi di comunicazione con altre strutture <input type="checkbox"/> Attività svolta anche in esterno		
<b>Diversi:</b> <input type="checkbox"/> Uso di automezzi, anche in qualità di trasportato <input type="checkbox"/> Polveri <input type="checkbox"/> Altro: specificare		

Ogni comunicazione errata o incompleta è sotto la diretta responsabilità del Direttore/Responsabile della struttura

Il Direttore della Struttura ospitante  
(timbro, firma, data)