



**DOCUMENTAZIONE PER LA GESTIONE AMMINISTRATIVA
DELLE ATTIVITÀ DI TIROCINIO PER TESI
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 _____ MATRICOLA: _____

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 attività formative qualificabili come attività di tirocinio per realizzare la propria tesi di laurea dal titolo:

RELATORE _____

Si impegna ad attenersi ai regolamenti ed alle istruzioni operative aziendali nel trattamento dei dati personali e è consapevole che risponderà personalmente della violazione dei dati personali trattati nello svolgimento delle attività di tirocinio.

Lo/a Studente/ssa

Udine, _____

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



**PROGETTO FORMATIVO PER ATTIVITÀ DI TIROCINIO PER REALIZZARE LA TESI DI LAUREA
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:

- SÌ
 NO

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

RESPONSABILE SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE: ing. Gino Capellari (tel. 0432 556418)

RELATORE DELLA TESI: _____

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 ASUFC
Parte riservata a SOC/SOS/DPT/Servizio interessati

Il/La sottoscritto/a _____

Direttore/Responsabile della SOC/SOSD/ Dipartimento

_____, esaminato il progetto di tesi,

- approvato dal Comitato Etico Unico Regionale (CEUR) (*opzionale*)
- approvato dal Comitato Etico interno dipartimentale (IRB) (*opzionale*)

e verificato che la ricerca non compromette l'andamento delle regolari attività istituzionali,

AUTORIZZA lo svolgimento presso la propria struttura e individua il seguente

TUTOR AZIENDALE: _____

che affiancherà lo/la studente/ssa nel suo progetto di tesi all'interno della struttura da me diretta.

ASSICURA che la raccolta dati è effettuata nel rispetto delle norme di garanzia della privacy ed i dati raccolti verranno utilizzati esclusivamente per la realizzazione del lavoro di studio e ricerca, **trattando i dati in forma anonima e/o aggregata.** In particolare, l'anonimato sarà garantito dalla fase della raccolta dati, evitando di trasmettere e riportare dati sensibili e/o di produrre copie fotostatiche della documentazione, che dovrà essere consultata esclusivamente presso la struttura.

FIRMA DIRETTORE/RESPONSABILE SOC/SOS/DPT/SERVIZIO
A cura del Direttore/Responsabile anche Scheda attività pagina successiva

Data _____

firma _____

NEL CASO DI RACCOLTA DATI DA CARTELLE CLINICHE, al presente modulo dovrà essere allegata una richiesta indirizzata al Direttore Sanitario da parte del Direttore di SOC/SOS/DPT/Servizio interessati in cui si specifica l'elenco delle cartelle da consultare (numero nosologico, anno di ricovero e, possibilmente, nome, cognome e data di nascita del paziente). Nel caso di raccolta dati da cartelle cliniche presso l'archivio centrale, la consultazione deve avvenire sotto la diretta sorveglianza del Coordinatore della struttura.



Sezione IV - OBIETTIVI E MODALITÀ DEL TIROCINIO

TEMPI/ORARI DI ACCESSO AI LOCALI AZIENDALI: per un massimo di 8 ore giornaliere all'interno dell'orario di lavoro del tutor aziendale.

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 Direttore/Responsabile della struttura ospitante):

OBIETTIVI DI TESI:

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



**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
 Clinico-assistenziali o pratiche (in questo caso dettagliare):

Da compilare <u>sempre</u> , esclusivamente a cura del Direttore della Struttura		
AGENTI O CONDIZIONI PARTICOLARI CUI POTREBBE ESSERE ESPOSTO/A ANCHE IN MODO POTENZIALE/ACCIDENTALE	SI	NO
Biologici: <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		
Chimici: <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 ₂ , impianti antincendio a gas inerte)		
Fisici: <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		
VDT: <input type="checkbox"/> uso del videoterminale per più di 20 ore/settimanali		
Movimentazione Manuale Carichi: <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		
Lavori isolati: <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		
Diversi: <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)



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 *Ateneo* (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
Il Direttore della Struttura
