

Dipartimento/Ufficio **Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute "Vincenzo Tiberio"**

PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

(rif. Convenzione n. 48 Stipulata in data 27 febbraio 2020)

Nominativo del tirocinante _____ Matricola _____

A.A. Immatricolazione _____ Nato a _____ il _____
residente in Via _____

Città _____ (Prov. _____) cap _____

Domicilio _____

cod. fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

tel. : _____ cell. : _____ e-mail: _____

- Indicare il percorso di studi a cui è collegato lo Stage/Tirocinio

Laureando _____ corso di laurea triennale

Tipologia di Tirocinio _____

Denominazione Corso di Studi **Infermieristica** _____

Profilo _____

Data conseguimento titolo (solo se laureato) _____

Azienda ospitante **ASREM** _____

Sede del tirocinio (stabilimento/reparto/ufficio) _____

Via _____ Città _____ c.a.p. _____

Referente di sede **Direttore Sanitario** _____

tel.: _____ fax: _____ e-mail: _____

Tempi di accesso ai locali aziendali: dalle ore _____ : _____ alle ore _____ : _____

Progetto di riferimento: Progetti Altro specificare) _____

Periodo di tirocinio n° mesi 12 n° ore _____ da 01 giugno 2022 al 31 maggio 2023 n° CFU previsti _____

Apparecchiature d'ufficio informatiche ed elettroniche da utilizzare:

Autovetture e/o attrezzature particolari da utilizzare:

Nome e cognome del tutor Universitario Prof. Roberto Di Marco

Area scientifica _____ e-mail **presidenzainfermieristica@unimol.it**

Nome e cognome del tutor aziendale: _____

Recapito telefonico tutor aziendale _____ e-mail _____

Polizze assicurative

- * Infortuni sul lavoro INAIL - Gestione per conto dello Stato – DPR n° 156/99
- * Copertura Infortuni privata - posizione n. 77/170365823 - UNIPOL SAI - Div. La Fondiaria - Agenzia Generale di Roma n. 54535 - Via dell'Archetto, n° 16, 00187 Roma.
- * Responsabilità civile posizione n. 060/0000200 Compagnia QBE EUROPE SA/NV Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Merchiorre Gioia, 8 - 20124 Milano.

Obiettivi e modalità del tirocinio:

Obblighi del tirocinante:

- seguire le indicazioni dei tutori e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze;
- rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotti od altre notizie relative all'azienda di cui venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio;
- rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza;
- rispettare le norme previste nel Regolamento di Ateneo per la disciplina delle attività di tirocinio e di stage ed, in particolare, quelle relative alla compilazione del libretto-diario ed alla consegna, al termine dell'attività di tirocinio, della Relazione finale sull'attività svolta.

Il tirocinante, con la sottoscrizione del presente progetto formativo, inoltre, dichiara che: nel caso in cui, nell'ambito dell'espletamento dell'attività oggetto del tirocinio, dovesse pervenire alla scoperta di invenzioni o ritrovati comunque brevettabili, i relativi diritti, salvo quello di esserne riconosciuto autore, saranno di esclusiva titolarità del soggetto ospitante.

_____,
Luogo e data

Per presa visione ed accettazione del progetto formativo e delle prescrizioni in esso contenute.

Il tirocinante _____
(firma)

Per il Soggetto promotore
Il Direttore del Dipartimento



Timbro

(firma)

Per il soggetto ospitante

Nome Cognome



Timbro

(firma)