

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: _____ @studenti.unimol.it

- Indicare il percorso di studi a cui è collegato lo Stage/Tirocinio
Laureando _____ corso di laurea triennale
Tipologia di Tirocinio Tirocinio curriculare

Denominazione Corso di Studi Infermieristica
Profilo _____
Data conseguimento titolo (solo se laureato) _____

Azienda ospitante ASREM
Sede del tirocinio (stabilimento/reparto/ufficio) _____
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 Giugno 2023 a Giugno 2024 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: Dott.ssa Edoarda Cistullo

Recapito telefonico tutor aziendale 0875-717309 e-mail edoarda.cistullo@unimol.it

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:

si caratterizza per una fase di orientamento dello studente nel nuovo percorso formativo sia per quanto riguarda il livello di studi universitario professionalizzante, sia, soprattutto, per l'approccio alla disciplina infermieristica e per il primo contatto esperienziale con il cittadino/utente e con il mondo del lavoro. Da ciò deriva la necessità di operare con gli studenti su:

- il metodo di studio, l'appropriatezza del linguaggio, il rigore espressivo, il pensiero critico con un approccio all'evidence based practice e alla comprensione e corretto utilizzo dei risultati della ricerca.
- la cornice epistemologica della disciplina infermieristica e del metodo che le è proprio;
- i contenuti di altre discipline considerati propedeutici o fondamentali per la comprensione dei fenomeni connessi all'assistenza infermieristica o per contestualizzare l'operato dell'infermiere;
- la comprensione di sé in rapporto alla futura professione e al rapporto con la persona assistita.

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.

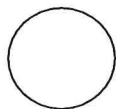
Il tirocinante, con la sottoscrizione del presente progetto formativo, inoltre, dichiara che: nel caso in cui, nell'ambito dell'espletamento dell'attività oggetto del tirocinio, dovesse pervenire alla scoperta di invenzioni o ritrovati comunque brevettabili, i relativi diritti, salvo quello di esserne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

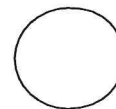


Timbro

(firma)

Per il soggetto ospitante

Nome Cognome



Timbro

(firma)