



Prot. n. _____ dd. _____

PROGETTO FORMATIVO INDIVIDUALE PER TIROCINIO ESTERNO

Dati del Soggetto richiedente il tirocinio

Io sottoscritto Cognome _____ Nome _____
Matricola _____, Nato/a a _____ il
_____/_____/_____, telefono _____
e-mail universitaria _____
studente regolarmente iscritto al ____° anno del CdL in Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Trieste

DICHIARO

- di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali (documento al link <https://corsi.units.it/me03/documenti> e di essere informato, ai fini Privacy, che la finalità del trattamento dei propri dati è svolto nel rispetto della normativa in materia;
- di aver preso preventivi contatti e accordi per svolgere un tirocinio formativo professionalizzante esterno all'ASUGI, presso il Medico/Reparto/struttura Aziendale Sanitaria sotto specificata.

Dati della Struttura ospitante

Denominazione Struttura Ospitante: (Ospedale/Ulss/Studio privato...)

(inserire denominazione completa. Per esempio non è sufficiente: "Ospedale di Milano" ma è necessario specificare l'esatta denominazione della struttura)

Reparto presso cui lo Studente svolgerà il tirocinio esterno: _____

Sede della Struttura ospitante:

via _____, CAP _____, città: _____,

Nazione: _____ (se all'estero, specificare se tirocinio esterno tramite SISM di seguito _____)

Tempi di accesso ai locali del Soggetto ospitante: dalle _____ alle _____

Email di riferimento della Struttura ospitante _____

Nominativo tutor ospitante: (in stampatello) _____





Numero CFU e richiesta riconoscimento/suddivisione CFU

Periodo di tirocinio esterno (specificare con esattezza il periodo con indicazione delle date. Non è sufficiente indicare per esempio “dicembre 2024” bensì è necessario indicare le date):

Crediti formativi universitari che lo Studente richiede di svolgere in tirocinio esterno:

_____ CFU (1 CFU = 25 ore)

Richiesta di riconoscimento / suddivisione dei CFU che lo studente svolgerà in tirocinio

esterno. Di seguito lo studente deve specificare per quali attività di tirocinio richiede il riconoscimento (per esempio se lo studente svolge 4CFU di tirocinio esterno al 4° anno di corso, può richiedere che tutti e 4 i CFU vengano riconosciuti come “tirocinio curriculare 4° anno” oppure può richiedere che una parte o il totale dei CFU vengano riconosciuti come tirocinio sovranumerario). Specificare in maniera chiara il numero di CFU e il tirocinio per il quale si richiede il riconoscimento.





Polizze assicurative

Lo studente richiedente è tenuto a chiedere in Segreteria Studenti Units, copia della copertura assicurativa da allegare al presente progetto.

Si precisa che:

- ❖ L'Amministrazione universitaria ha stipulato, con primaria Compagnia di assicurazioni, apposita polizza assicurativa contro il rischio della Responsabilità Civile verso Terzi, che contempla tra i rischi coperti anche l'attività di ricerca, studio e/o tirocinio esplicata da tutti i propri studenti. La copertura assicurativa è estesa anche alle attività istituzionali svolte sia in Italia che nel resto del mondo dai predetti soggetti presso altri Enti o Aziende, in base ad accordi e/o convenzioni, compresi i periodi di stage ed i tirocini formativi e di orientamento.
- ❖ La polizza copre i danni a persone nonché i danneggiamenti alle apparecchiature in uso o custodia.
- ❖ Si sottolinea che le responsabilità coperte sono quelle ai sensi di legge riconducibili all'Università, anche per fatto delle persone di cui deve rispondere.
- ❖ Si specifica che è inoltre prevista la copertura della responsabilità personale degli studenti, sia in Italia che all'estero, con rinuncia al diritto di rivalsa e surrogazione da parte dell'assicuratore anche nei casi in cui il danno sia dovuto a colpa grave, per i danni involontariamente cagionati a terzi per morte, lesioni personali e danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione all'attività svolta, qualora si rechino, in base ad accordi e/o convenzioni, presso altre istituzioni universitarie, Enti o Aziende per svolgere attività istituzionali, comprese: attività di ricerca, periodi di stage, tirocini formativi e di orientamento, visite di istruzione *et similia*.
- ❖ Per quanto attiene invece all'assicurazione infortuni si precisa che ai sensi dell'art. 4 punto 5 del T.U. delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, approvato con D.P.R. 30.06.1965 n. 1124 e s.m.i., sono compresi nell'assicurazione "gli insegnanti e gli alunni delle scuole o istituti di istruzione di qualsiasi ordine e grado, che attendano ad esperienze tecnico-scientifiche ed esercitazioni pratiche".
- ❖ Per quanto riguarda l'esposizione alle radiazioni ionizzanti si rimanda a quanto previsto dall'art. 1 (punto B) del D.P.R. 30.06.1965 n.1124.
- ❖ Infortuni sul lavoro INAIL: gestione per conto dello Stato prevista dal combinato disposto dagli artt. 127 e 190 del T.U. INAIL (DPR N. 124/65) e regolamentato dal D.M. 10.10.85
- ❖ Assicurazione:
Polizza assicurativa per Responsabilità Civile verso terzi:
Compagnia: AXA Assicurazioni S.p.A.
Numero: 7/409966378
Scadenza: 31/12/2024

Polizza Infortuni:
Compagnia: AXA Assicurazioni S.p.A.
Numero: 8/404324745
Scadenza: 31/12/2024





Obiettivi del tirocinio

DICHIARO altresì che l'attività di tirocini nelle strutture sopra indicate avviene per i seguenti obiettivi formativi:

- * _____
- * _____
- * _____
- * _____
- * _____

Per obiettivi e modalità del tirocinio: vedasi Vademecum dei tirocini, con particolare riferimento a quanto previsto per il ____° anno, pubblicato alla pagina web dei tirocini al link <https://corsi.units.it/me03/tirocini> (link diretto al vademecum:

https://corsi.units.it/sites/default/files/vademecum_tirocini_del_corso_di_laurea_magistrale_a_ciclo_unico_in_medicina_e_chirurgia_agg_1_ottobre_2019_3.pdf)

Obblighi del tirocinante

PRENDO ATTO dei seguenti obblighi:

- ❖ Seguire le indicazioni dei tutori ospitanti e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo o altre evenienze
- ❖ Rispettare gli obblighi di riservatezza circa i processi produttivi, prodotti o altre notizie relative all'azienda ospitante durante lo svolgimento del tirocinio
- ❖ Rispettare i regolamenti aziendali/dei servizi, le norme in materia di igiene e sicurezza e il codice etico della struttura ospitante
- ❖ Certificare le ore svolte e il giudizio acquisito dal tutor ospitante
- ❖ Rispetto di quanto previsto per il trattamento dei dati personali, ai sensi degli artt. 5 e 29 Regolamento Generale sulla Protezione delle persone fisiche, con riguardo al trattamento dei dati personali (UE) 2016/679 e dell'art. 2 *quaterdecies* del D.lgs. n. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" così come modificato dal D.Lgs 101/2018





Dati della Struttura afferente

Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute

Università degli studi di Trieste

Sede: presso il DSM-UNITs, strada di Fiume 447, 34149 – Ospedale di Cattinara - Trieste

Coordinatore: Prof. Luzzati Roberto

Contatti al link: <https://corsi.units.it/me03/medicina-chirurgia>

Luogo _____, data ____/____/____

Firma per presa visione e accettazione dello studente tirocinante _____

Firma e timbro del Soggetto ospitante _____

Firma e timbro del Soggetto promotore (DSM-UNITs) _____

