



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 4 CFU di tirocinio esterno al 4° anno di corso, può richiedere che tutti i 4 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.

Affinché il Tirocinio Esterno venga riconosciuto e convalidato all’interno del Libretto dello Studente, si necessita al termine del Tirocinio Esterno dell’invio via mail a lm.ciclounico6.dsm@units.it della Scheda di Valutazione del Tirocinio Esterno che attesti il numero di CFU svolti e che riporti la valutazione e il giudizio di idoneità o meno dello Studente. Se al termine del Tirocinio Esterno il numero di CFU svolti è minore al numero dichiarato all’interno del Progetto Formativo, questa modifica del numero dei CFU deve obbligatoriamente essere giustificata per iscritto a lm.ciclounico6.dsm@units.it. La modifica del numero di CFU verrà portata all’approvazione della Commissione Tirocini.





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) _____

