

Modulistica correlata al Regolamento per l'attivazione e lo svolgimento di tirocini curricolari presso le Strutture dell'Azienda Ospedaliera di Perugia

Mod. 1 — PROGETTO FORMATIVO INDIVIDUALE – TIROCINIO CURRICULARE

☐ Pre-lauream ☐ Post-lauream ☐ Per iscrizione Albo professionale

Riferimento Convenzione Quadro Prot. n. _____ del ____/____/____

1. Dati del tirocinante

Nome e Cognome: _____

Luogo e Data di Nascita: _____ Codice Fiscale: _____

Residenza: Via _____ Città _____ (____)

Telefono: _____ E-mail: _____

Università / Ente Promotore: _____

Corso di Laurea / Scuola: _____

Anno di corso: _____ CFU da acquisire: _____

2. Soggetto Ospitante: Azienda Ospedaliera di Perugia — Struttura di assegnazione

AREA SANITARIA – Reparto / Servizio: _____

AREA AMMINISTRATIVA / TECNICA – Ufficio / Servizio: _____

3. Tutor referenti

Tutor Universitario (Soggetto Promotore): _____

Qualifica: _____ Tel/E-mail: _____

Tutor Aziendale (Soggetto Ospitante): _____

Qualifica/Ruolo: _____ Tel/E-mail: _____

4. Tempi e modalità di svolgimento

Durata del tirocinio: N. mesi _____ per un totale di ore _____

Data di inizio: ____/____/____ Data di fine: ____/____/____

5. Contenuti, obiettivi e modalità del tirocinio (a cura del Soggetto Promotore)

Obiettivi formativi ed orientativi (competenze da acquisire):

Attività da espletare (mansioni e compiti affidati):

Modalità di monitoraggio e valutazione: verifiche periodiche tra tirocinante e Tutor Aziendale, coinvolgendo il Direttore della Struttura/SITRO quando necessario; compilazione del registro presenze; relazione finale del Tutor Aziendale per l'attestazione dei CFU.

6. Garanzie assicurative e sicurezza

Assicurazione Infortuni sul Lavoro: INAIL Posizione n. _____

Assicurazione Responsabilità Civile:

Compagnia Assicurativa _____ Polizza n. _____

(Le coperture assicurative sono interamente a carico del Soggetto Promotore)

Formazione Sicurezza D.Lgs. 81/08 – Parte Generale (4 ore, Art. 6.4 del Regolamento): ☐ Sì* ☐ NO
*Allegare attestato

Sorveglianza Sanitaria (ove prevista, Art. 6.2 del Regolamento): idoneità rilasciata dal Medico Competente il
____/____/____

Il Tirocinante dichiara di aver preso visione del Regolamento Aziendale, dell'Atto di Riservatezza e di accettare i termini del presente Progetto Formativo.

Luogo e data: _____

Firma del Tirocinante: _____

Per il Soggetto Promotore (Università): _____

(Timbro e Firma del Responsabile/Delegato)

Per il Soggetto Ospitante (Azienda Ospedaliera): _____

(Timbro e Firma del Responsabile/Direttore)

Mod. 2 — ATTO DI IMPEGNO ALLA RISERVATEZZA E AL RISPETTO DELLA PRIVACY PER TIROCINANTI

Il/La sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

Iscritto/a al Corso di Laurea / Scuola di _____

Presso l'Università / Ente _____

Tirocinante presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia nel reparto/ufficio _____

Premesso che

- in qualità di tirocinante, per motivi esclusivamente didattici e formativi legati al proprio percorso di studi, avrà accesso ai locali dell'Azienda Sanitaria/Ospedaliera;
- nello svolgimento delle attività del tirocinio curriculare potrà venire a conoscenza, anche accidentalmente, di dati, informazioni cliniche, cartelle sanitarie, procedure interne e dati personali/amministrativi relativi a pazienti, dipendenti o terzi;
- il trattamento di tali dati è tutelato dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR), dal D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. (Codice Privacy) e dalle specifiche norme sul segreto professionale in ambito sanitario.

Tutto ciò premesso, con la sottoscrizione del presente atto si impegna a:

- mantenere il segreto professionale: custodire con la massima riservatezza e non divulgare a terzi alcuna informazione, dato sensibile, diagnosi, storia clinica o dato amministrativo/gestionale di cui venga a conoscenza durante il tirocinio;
- utilizzare i dati solo per fini formativi: trattare i dati personali e sanitari esclusivamente per le attività strettamente connesse agli obiettivi del Progetto Formativo Individuale (PFI), sotto la diretta supervisione del proprio Tutor Aziendale;
- non fotocopiare, registrare, fotografare o asportare in alcun modo cartelle cliniche, referti, database, documenti d'ufficio o registri aziendali, nemmeno se parzialmente resi anonimi; non raccogliere immagini, video o registrazioni audio all'interno dei locali dell'Azienda tramite smartphone o altri dispositivi personali;
- qualora autorizzato all'uso di sistemi informatici aziendali, non cedere le proprie credenziali d'accesso temporanee e non accedere a dati o cartelle cliniche non strettamente legati al proprio reparto/ufficio di assegnazione.

Dichiara inoltre:

- di aver ricevuto adeguate istruzioni dal proprio Tutor, di avere preso visione e di accettare incondizionatamente il Regolamento aziendale per lo svolgimento dei tirocini, di aver preso visione dell'Informativa aziendale in materia di protezione dei dati pubblicata nell'apposita Sezione "Privacy e Trattamento Dati" del Sito Istituzionale;
- di rispettare le procedure previste in materia di prevenzione, protezione ed eventuale radioprotezione, ai sensi della vigente normativa e dell'Art. 6 del Regolamento;
- di essere consapevole che la violazione degli impegni sopra indicati comporterà l'immediata interruzione del tirocinio, la segnalazione all'Università di appartenenza per i provvedimenti disciplinari del caso, nonché l'esposizione alle sanzioni civili e penali previste dalla legge vigente.

Luogo e Data: _____

Firma del Tirocinante (per esteso e leggibile): _____

Mod. 3 — DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CONFLITTO DI INTERESSE PER DIPENDENTI AMMESSI AL TIROCINIO CURRICULARE

(Art. 3.2 del Regolamento per l'attivazione e lo svolgimento di tirocini curricolari presso le strutture dell'Azienda Ospedaliera di Perugia)

Il/La sottoscritto/a _____

dipendente dell'Azienda Ospedaliera di Perugia in servizio presso la Struttura _____

con la qualifica di _____

iscritto/a presso l'Università _____

al Corso di Laurea/Master/Scuola di Specializzazione _____

ed ammesso/a a svolgere il tirocinio curriculare previsto dal proprio piano di studi presso la Struttura aziendale _____

consapevole delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara:

- che il tirocinio si svolgerà presso una Struttura diversa da quella di ordinaria assegnazione lavorativa, ovvero, in alternativa, sotto la supervisione di un Tutor diverso dal proprio superiore gerarchico diretto;
- l'insussistenza di situazioni di conflitto di interesse, anche potenziale, tra le attività di tirocinio e le proprie ordinarie mansioni lavorative;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente alla S.S.D. Formazione ogni circostanza sopravvenuta che possa determinare l'insorgere di un conflitto di interesse.

Luogo e data: _____

Firma del dipendente-tirocinante: _____