

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p> <p>Direzione Infermieristica e Tecnica</p> <p>Unità Operativa Formazione e Valutazione</p>	<p align="center">Modulo</p> <p align="center">Richiesta di tirocinio Master Università Telematiche - Professioni Sanitarie</p>	<p align="right">Rev. 00 del 27/06/2023</p> <p align="center">MR PI 01_01</p> <p align="right">Pagina 1 di 5</p>
---	---	---

Alla Direzione Infermieristica e Tecnica AUSL Romagna

Il sottoscritto Cognome e Nome:

C.F.

Data di Nascita Luogo di Nascita

Iscritto al anno del Master:

Università telematica

Dipendente AUSL Romagna matricola

Presso l'ambito di: U.O./Servizio

Indirizzo e-mail: Numero di telefono:

CHIEDE l'autorizzazione per lo svolgimento di un tirocinio formativo presso:

AMBITO di: Rimini Cesena Forlì Ravenna

nelle seguenti UU.OO:

1	<input type="text"/>	sede di	<input type="text"/>	per ore	<input type="text"/>
	nel periodo: dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>	

2	<input type="text"/>	sede di	<input type="text"/>	per ore	<input type="text"/>
	nel periodo: dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>	

Data:

Il Tirocinante (firma) _____

Inviare il fascicolo all'indirizzo e-mail della Direzione Infermieristica e Tecnica:

ritta@auslromagna.it

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p> <p>Direzione Infermieristica e Tecnica</p> <p>Unità Operativa Formazione e Valutazione</p>	<p align="center">Modulo</p> <p align="center">Richiesta di tirocinio Master Università Telematiche - Professioni Sanitarie</p>	<p align="right">Rev. 00 del 27/06/2023</p> <p align="center">MR PI 01_01</p> <p align="right">Pagina 2 di 5</p>
---	---	---

A cura del Tirocinante:

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

tirocinante del Corso/Master/Laurea: _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA:

- di aver assolto l'obbligo formativo inerente la Sicurezza dei Lavoratori ai sensi dell'art.37 L.81/2008 – Rischio Alto Settore Sanità e/o Corso FAD Ausl Romagna “Formazione alla sicurezza dei Lavoratori in Sanità”;
- di aver superato positivamente i corsi FAD:
 - Regolamento UE 2016/679;**
 - Formazione e Privacy;**

ed inoltre,

- di aver preso visione del Codice di Comportamento aziendale.

INOLTRE, SI IMPEGNA

- ad effettuare le ore di tirocinio concordate, fuori dall'orario di servizio;
- a fornire al Tutor di **tirocinio immediata comunicazione** di eventuale stato di gravidanza, puerperio, allattamento.

Data:

Il Tirocinante (firma) _____

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p> <p>Direzione Infermieristica e Tecnica</p> <p>Unità Operativa Formazione e Valutazione</p>	<p align="center">Modulo</p> <p align="center">Richiesta di tirocinio Master Università Telematiche - Professioni Sanitarie</p>	<p align="right">Rev. 00 del 27/06/2023</p> <p align="center">MR PI 01_01</p> <p align="right">Pagina 3 di 5</p>
---	---	---

N.B. pagina da duplicare nel caso il tirocinante individui 2 sedi di tirocinio.

Il Coordinatore della U.O. ospitante,

Nome Cognome

in collaborazione

con il tutor di tirocinio individuato:

Nome Cognome

(le due figure possono essere coincidenti)

DICHIARANO:

A - Il tirocinante svolgerà esclusivamente le seguenti attività previste dal progetto formativo (ad esempio Master in Coordinamento, Laurea Magistrale)

- ricerca, studio pratiche sanitarie e sistemi organizzativi, statistica, osservazionale, ecc.
- colloqui individuali o di gruppo con pazienti
- uso di videoterminale, in modo sistematico o abituale, inferiore a 20 ore settimanali

B - Il tirocinante svolgerà inoltre le ulteriori seguenti attività previste dal progetto formativo:

- uso di videoterminale, in modo sistematico o abituale, superiore a 20 ore settimanali
- assistenza e cura diretta su pazienti
- movimentazione manuale carichi e/o pazienti
- lavoro in orario notturno
- uso di agenti chimici pericolosi (es. formaldeide, gas anestetici)
- preparazione o somministrazione di farmaci chemioterapici - antitumorali
- uso di apparecchiature Laser
- accesso in Risonanza Magnetica, sentito il Responsabile della Sicurezza del Sito di Risonanza Magnetica
- uso di radiazioni ionizzanti, sentito l'Esperto Qualificato il tirocinante risulta:
 - non esposto
 - esposto Classe B
 - esposto Classe A

Data

Il Tutor della U.O. ospitante

Firma

Il Coordinatore della U.O. ospitante

Firma

Nel caso sia stata individuata la sola tipologia prevista per il caso A, non sono necessarie le successive valutazioni.

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p> <p>Direzione Infermieristica e Tecnica</p> <p>Unità Operativa Formazione e Valutazione</p>	<p align="center">Modulo</p> <p align="center">Richiesta di tirocinio Master Università Telematiche - Professioni Sanitarie</p>	<p align="right">Rev. 00 del 27/06/2023</p> <p align="center">MR PI 01_01</p> <p align="right">Pagina 4 di 5</p>
---	---	---

Parte riservata all'U.O. Servizio Prevenzione e Protezione

A seguito dell'analisi delle informazioni sopra riportate e visto il DVR aziendale, l'UO S.P.P valuta che il tirocinante in oggetto svolge attività:

- in cui NON SONO presenti rischi professionali espositivi
- in cui SONO presenti i seguenti rischi professionali espositivi:

1. _____
2. _____
3. _____

L'U.O. Servizio Prevenzione e Protezione ritiene inoltre opportuni i seguenti provvedimenti integrativi e propedeutici all'attivazione della frequenza:

- _____
- _____

Il Direttore U.O. S.P.P.

Nome e Cognome

Data:

Firma _____

Parte riservata al Medico Competente / Autorizzato

A seguito dell'analisi delle informazioni sopra riportate e nel rispetto del Protocollo della Sorveglianza Sanitaria dei lavoratori dell'AUSL della Romagna:

- NON SI EFFETTUA sorveglianza sanitaria, per le seguenti motivazioni: _____
- SI EFFETTUA sorveglianza sanitaria

Il Medico Competente / Autorizzato

Nome e Cognome

Data:

Firma _____

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p> <p>Direzione Infermieristica e Tecnica</p> <p>Unità Operativa Formazione e Valutazione</p>	<p align="center">Modulo</p> <p>Richiesta di tirocinio Master Università Telematiche - Professioni Sanitarie</p>	<p align="right">Rev. 00 del 27/06/2023</p> <p align="center">MR PI 01_01</p> <p align="right">Pagina 5 di 5</p>
---	--	---

Alla luce della documentazione presentata il Responsabile Infermieristico e Tecnico Tirocini Aziendale:

- Autorizza la stipula della convenzione;
- Non** autorizza la stipula della convenzione:
 - **Motivazione:**

DATA _____

R.I.T.T.A
