

Ufficio incaricato
SOC Reclutamento e trattamento giuridico
Risorse umane
c/o padiglione 10 - 3° piano
Presidio Ospedaliero Univ. SMM -
p.le Santa Maria della Misericordia, 11 - 33100 Udine
(+39) 0432 559709 (int. 5709). 554271 (int. 4271)
frequenze.istituzionali@asufc.sanita.fvg.it

Al Direttore Generale
dell'Azienda Sanitaria Universitaria
Friuli Centrale
via Pozzuolo, 330
33100 UDINE

RICHIESTA TIROCINIO PER FORMAZIONE SPECIALISTICA

L'Università degli Studi di _____

Scuola di spec. in _____
chiede l'autorizzazione al tirocinio per il seguente medico in formazione specialistica:

Cognome e Nome _____
Codice Fiscale _____

Presso SOC/SOSD (indicare denominazione Struttura): _____

Specificare sede di:

P.O.U. SMM di Udine **IMFR Gervasutta di Udine** **P.O. Latisana e Palmanova**

P.O. San Daniele e Tolmezzo **P.O. per la Salute di Gemona**

Dipartimento del Farmaco – sede di

Dipartimento delle Dipendenze e Salute mentale – sede di

Dipartimento di Prevenzione – sede di

Distretto sociosanitario sede di
(Udine, Cividale, Tarcento, Tolmezzo, Gemona del Friuli, San Daniele, Codroipo, Palmanova, Latisana)

Per il periodo dal _____ **al** _____

Il Soggetto Promotore comunica

1. i dati anagrafici del tirocinante:

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente in via _____ n. _____ cap. _____ Città _____

Cell. _____ e-mail _____

e-mail istituzionale di ateneo _____

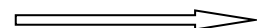
iscritto per l'anno di corso _____, fine contratto prevista per il _____

È a conoscenza che il laureato medico autorizzato a svolgere l'attività professionalizzante presso le strutture dell'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale è assicurato per i rischi professionali, per la responsabilità civile contro terzi e gli infortuni connessi all'attività assistenziale dall'Azienda, alle stesse condizioni del personale dipendente. (ex art. 41 c. 3 del d.lgs. 368/1999).

Luogo e data _____

_____ Timbro e Firma del Direttore della Scuola di specializzazione oppure del Direttore della struttura ASUFC

Compilazione della pagina successiva a cura del tirocinante



DICHIARAZIONE DEL TIROCINANTE

Il/La tirocinante dichiara ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000

i titoli e requisiti professionali già conseguiti

- Diploma di Laurea V.O /Laurea magistrale a ciclo unico in _____

conseguita presso l'Università degli Studi di _____

- abilitazione alla professione di _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ iscrizione all'Ordine/Collegio/Albo _____ della Provincia di _____ dal _____ con numero _____

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di essere a conoscenza che il tirocinio non costituisce instaurazione di rapporto di impiego né prefigura titolo o diritto a qualsivoglia genere di impiego;
- di rispettare le indicazioni e le condizioni contenute nei Regolamenti aziendali per quanto di competenza della presente domanda;
- ai fini del D.Lgs. 81/2008 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro:
(per le sole aspiranti di sesso femminile)
 - di non trovarsi in stato di gravidanza e di impegnarsi a comunicare tempestivamente un eventuale stato di gravidanza accertato o presunto durante il periodo di frequenza;
- di acconsentire al trattamento dei propri dati personali e sanitari ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/2003 nella misura proporzionale e strettamente necessaria per le finalità del presente procedimento;

Allega obbligatoriamente:

- certificato di idoneità sanitaria alla mansione specifica rilasciato dall'Università di provenienza + eventuale certificazione se soggetto radio esposto + copia del libretto delle vaccinazioni o relativo certificato, intradermoreazione sec. Mantoux (eseguita negli ultimi 12 mesi);

oppure se in attesa di effettuare gli accertamenti sanitari presso l'Università di provenienza:

nb in caso di soggetto radioesposto la sorveglianza medica sarà effettuata per obbligo di legge presso i Servizi dell'Università di iscrizione.

- copia del libretto delle vaccinazioni o relativo certificato + Test di Mantoux o quantiferon (eseguito negli ultimi 12 mesi),

ed inoltre:

- Scansione di un documento di identità,
- Curriculum formativo e professionale in formato europeo,
- Attestato di superamento del Corso di formazione generale sulla sicurezza (durata quattro ore), come previsto dalla normativa in materia di igiene e sicurezza sul lavoro ai sensi del D.lgs n. 81/2008,
- Attestati di formazione specifica per i lavoratori delle Aziende ad alto rischio.

Luogo e data _____

Firma Medico in formazione specialistica _____