

di svolgere attività libero professionale e/o di avere un contratto di lavoro di qualsiasi tipologia dal _____ presso _____ ;

Parte riservata a SOC/SOS/DPT/Servizio interessati

Il/La sottoscritto/a _____

Direttore/Responsabile della SOC/SOS/ Dipartimento / Servizio _____ esaminato il progetto di tesi, l'eventuale questionario predisposto, la lista dei dipendenti ASU FC e la tipologia dei pazienti, ai quali verrà somministrato,

collegato al protocollo/progetto/registro già approvato dal Comitato Etico Unico Regionale denominato _____

verificato che la ricerca non compromette l'andamento delle regolari attività istituzionali,

AUTORIZZA lo svolgimento presso la propria struttura e individua il seguente

TUTOR AZIENDALE: _____

che affiancherà lo/la studente/ssa nel suo progetto di tesi all'interno della struttura da me diretta.

ASSICURA che la raccolta dati è effettuata nel rispetto delle norme di garanzia della privacy ed i dati raccolti verranno utilizzati esclusivamente per la realizzazione del lavoro di tesi, trattando i dati in forma aggregata e pertanto anonima;

FIRMA DIRETTORE/RESPONSABILE SOC/SOS/DPT/SERVIZIO
A cura del Direttore/Responsabile anche Scheda attività pagina successiva

Data _____

firma _____

FIRMA TUTOR AZIENDALE per accettazione

Data _____

firma _____

Ai fini dell'autorizzazione, lo/la studente/studentessa:

ALLEGA

se il tirocinio si svolgerà in presenza

1. progetto formativo approvato dall'Università

2. DOCUMENTAZIONE SANITARIA

documentazione vaccinale per epatite b, parotite, morbillo, varicella-zoster, rosolia: copia del libretto delle vaccinazioni o relativo certificato,

+ se non si è stati sottoposti alla vaccinazione per la relativa malattia, sierologia per epatite b, parotite, morbillo, varicella-zoster, rosolia;

+ Test di Mantoux o quantiferon (eseguito negli ultimi 12 mesi),

+ certificato di idoneità sanitaria alla mansione specifica,

3. Attestato di superamento del Corso di formazione generale sulla sicurezza (durata quattro ore) ex D.lgs n. 81/2008

ed eventuale attestato di formazione specifica per le Aziende ad alto rischio (durata dodici ore).

La presentazione del certificato di idoneità per rischio chimico e biologico rilasciato dalle Università è OBBLIGATORIO per gli accessi ai laboratori c/o il Centro Servizi e Laboratori (strutture di Anatomia patologica, Patologia Clinica, Genetica medica, Ematologia, Malattie rare). Gli studenti dell'Università di Udine saranno sottoposti a visita idoneativa da questa Azienda.

4. Curriculum formativo e professionale in formato europeo;

5. Copia del documento di identità in corso di validità.

in caso della sola somministrazione di un questionario

a. il questionario che verrà somministrato con l'indicazione della tipologia di pazienti ai quali verrà somministrato;

b. la lista dei dipendenti ASU FC ai quali verrà distribuito il questionario;

c. Curriculum formativo e professionale in formato europeo;

d. Copia del documento di identità in corso di validità.

data _____

FIRMA STUDENTE/STUDENTESSA _____

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE

SCHEDA ATTIVITÀ PERSONALE AUTORIZZATO ALLA FREQUENZA PRESSO ASUFC
Il presente modulo non verrà accettato se non debitamente compilato in ogni singola parte

COGNOME	
NOME	
QUALIFICA	
NATO/A A	
CODICE FISCALE	
RESIDENTE A	
VIA	
TELEFONO CELLULARE	
INDIRIZZO E-MAIL	
STRUTTURA FREQUENTATA	
IN QUALITÀ DI	
PERIODO	

ATTIVITÀ PREVISTE:

- Solo osservazionali
 Clinico-assistenziali o pratiche (in questo caso dettagliare):

Da compilare sempre, esclusivamente a cura del Direttore della Struttura		
AGENTI O CONDIZIONI PARTICOLARI CUI POTREBBE ESSERE ESPOSTO/A ANCHE IN MODO POTENZIALE/ACCIDENTALE	SI	NO
Biologici: <input type="checkbox"/> agenti biologici infettivi trasmissibili per via aerea/droplet <input type="checkbox"/> manipolazione di campioni/liquidi biologici in laboratorio <input type="checkbox"/> assistenza diretta sui pazienti o contatto con pazienti		
Chimici: <input type="checkbox"/> Agenti nocivi quali irritanti respiratori, tossici, corrosivi, ecc. <input type="checkbox"/> Gas liquefatti (bassissime temperature) <input type="checkbox"/> Atmosfere sotto ossigenate (azoto liquido - CO ₂ , impianti antincendio a gas inerte)		
Fisici: <input type="checkbox"/> Radiazioni ionizzanti <input type="checkbox"/> Radiazioni ortiche artificiali quali: sorgenti laser, U.V., altro. <input type="checkbox"/> Campi elettromagnetici <input type="checkbox"/> Attività in ambienti con rumore rilevante		
VDT: <input type="checkbox"/> uso del videoterminale per più di 20 ore/settimanali		
Movimentazione Manuale Carichi: <input type="checkbox"/> Movimentazione manuale di carichi animati, inanimati e attività di traino/spinta <input type="checkbox"/> postazioni di lavoro statiche in posture incongrue/obbligate		
Lavori isolati: <input type="checkbox"/> Attività eseguita in locali isolati e privi di mezzi di comunicazione con altre strutture <input type="checkbox"/> Attività svolta anche in esterno		
Diversi: <input type="checkbox"/> Uso di automezzi, anche in qualità di trasportato <input type="checkbox"/> Polveri <input type="checkbox"/> Altro: specificare		

Ogni comunicazione errata o incompleta è sotto la diretta responsabilità del Direttore/Responsabile della struttura

Il Direttore Struttura
(timbro, firma, data)
