



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI UDINE**
hic sunt futura

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA

**DOCUMENTAZIONE PER LA GESTIONE AMMINISTRATIVA
DELLE ATTIVITÀ DI FORMAZIONE PRESSO SOGGETTI TERZI
DEGLI STUDENTI ISCRITTI AL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE
IN MEDICINA E CHIRURGIA**

AUTORIZZAZIONE A SVOLGERE ATTIVITÀ FORMATIVE PRESSO SOGGETTI TERZI

(ATTIVITÀ DI TIROCINIO: L. n. 196/1997 - D.M. 509/99 - D.M. 270/04 - Regolamento didattico del Corso di Studio)

AL COORDINATORE DEL CORSO DI LAUREA
MAGISTRALE IN MEDICINA E CHIRURGIA

IL SOTTOSCRITTO

NOMINATIVO: _____

DATA E LUOGO DI NASCITA: _____

RESIDENZA: _____

RECAPITO: _____ TEL. _____

ISCRITTO al _____ anno del corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

CHIEDE

di essere autorizzato a svolgere presso soggetti terzi all'Università degli Studi di Udine attività formative qualificabili come attività di tirocinio (L. n. 196/1997 – D.M. 509/99 - D.M. 270/04 - Regolamento didattico del Corso di Studio), secondo quanto previsto nel PROGETTO FORMATIVO allegato.

Udine, _____

LO STUDENTE

Si allegano n. 2 copie del modulo PROGETTO FORMATIVO compilato nelle parti relative a:

1. Sezione I: dati anagrafici e
2. Sezione II: dati tutore universitario
3. Sezione III: soggetto ospitante
4. Sezione IV: Attività previste e Obiettivi

SI AUTORIZZA

IL COORDINATORE
DEL CDLM IN MEDICINA E CHIRURGIA
Prof. Bruno Grassi



PROGETTO FORMATIVO PER ATTIVITÀ DI TIROCINIO PRESSO SOGGETTI TERZI
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN MEDICINA E CHIRURGIA
(L. n. 196/1997 - D.M 509/99 - D.M. 270/04 - Regolamento didattico del Corso di Studio)

Sezione I - STUDENTE/TIROCINANTE:

NOMINATIVO: _____

DATA E LUOGO DI NASCITA: _____

RESIDENZA: _____

RECAPITO: _____ TEL. _____

ISCRITTO: al _____ anno del Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia

PORTATORE DI HANDICAP:

- SÌ
 NO

Sezione II - SOGGETTO PROMOTORE:

DENOMINAZIONE: Università degli Studi di Udine, Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia

SEDE: Via Colugna, 50 - Udine - Tel. 0432 494907 - Telefax 0432 494904

RAPPRESENTANTE: prof. Bruno Grassi – Coordinatore del Corso di Studio

TUTORE UNIVERSITARIO:

(previo parere/consenso del docente del Corso appartenente ad un insegnamento affine rispetto all'istituto/reparto presso il quale lo studente intende svolgere il periodo di frequenza)

Nominativo: _____

Recapito: _____

RESPONSABILE SERVIZIO PREVENZIONE
E PROTEZIONE:

Nominativo: ing. Gino Capellari

Recapito: Servizio Prevenzione e Protezione
tel. 0432 556418

POLIZZE ASSICURATIVE:

Il soggetto Inviante garantisce che il tirocinante, nello svolgimento delle attività previste dal presente documento, è coperto dalle seguenti polizze:

INFORTUNI: Responsabilità per gli infortuni sul lavoro INAIL: ai sensi del D.P.R. 9.4.1999, n. 156, la copertura contro gli infortuni su lavoro del tirocinante è assicurata mediante la forma della gestione per contro dello Stato.

RESPONSABILITÀ CIVILE: polizza RCT dell'Università n. ITCANB18445 - compagnia ACE European Group LTD.

Sezione III - SOGGETTO OSPITANTE:

DENOMINAZIONE: _____

SEDE: _____

SEDE/I DEL TIROCINIO (stabilimento/reparto/studio medico): _____

RAPPRESENTANTE: _____

TUTORE AZIENDALE:

(dirigente medico preposto a seguire lo studente durante il periodo di tirocinio)

Nominativo: _____

Recapito: _____

RESPONSABILE SERVIZIO PREVENZIONE
E PROTEZIONE:

Nominativo: _____

Recapito: _____

Il soggetto ospitante ha ottemperato agli adempimenti previsti dall'art. 4 comma 2, D.L.vo n. 626/1994:

- SI
- NON OBBLIGATO

La tipologia e la frequenza delle attività previste nel progetto formativo richiedono visita d'idoneità sanitaria obbligatoria, per lo studente:

La tipologia e la frequenza delle attività previste nel progetto formativo richiedono visita d'idoneità sanitaria obbligatoria, per lo specializzando:

- SI - *elenicare di seguito le attività/rischi per le/i quali è richiesta l'idoneità sanitaria obbligatoria*

- NO

Sezione IV - OBIETTIVI E MODALITÀ DEL TIROCINIO

TEMPI/ORARI DI ACCESSO AI LOCALI AZIENDALI: _____

(specificare l'orario di accesso alla struttura nell'ambito della quale viene garantita la copertura assicurativa. Es. h. 0-24)

PERIODO DI TIROCINIO: _____

(specificare il periodo di frequenza alla struttura nell'ambito della quale viene garantita la copertura assicurativa. Es. dal gg.mm.aa. - al gg.mm.aa)

ATTIVITÀ PREVISTE: (da definire con il responsabile della struttura ospitante)

OBIETTIVI:

CONDIZIONI GENERALI PER L'ATTIVITÀ DI TIROCINIO

(L. n. 196/1997 - D.M. 509/99 - D.M. 270/04 - Regolamento didattico del Corso di Studio)

- Il tirocinio formativo e di orientamento, ai sensi dell'art. 18, comma 1, lettera d), della legge n. 196 del 1997 non costituisce rapporto di lavoro. Il soggetto ospitante si impegna ad accogliere presso le sue strutture lo studente in tirocinio di formazione ed orientamento, ai sensi dell'art. 5 del decreto attuativo dell'art. 18 della legge n. 196 del 1997.
- Durante lo svolgimento del tirocinio l'attività di formazione e di orientamento è seguita e verificata da un tutore universitario designato dal *soggetto promotore* in veste di responsabile didattico-organizzativo, e da un tutore aziendale, indicato dal *soggetto ospitante*.
- Durante lo svolgimento del tirocinio formativo e di orientamento lo studente/tirocinante è tenuto a:
 - 1) svolgere unicamente le attività previste dal progetto formativo, e rientranti nelle proprie competenze di studente, osservando gli orari concordati e rispettando l'ambiente di lavoro e le esigenze di coordinamento del *soggetto ospitante*;
 - 2) rispettare le norme in materia di igiene, salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
 - 3) mantenere la necessaria riservatezza per quanto attiene ai dati, informazioni o conoscenze in merito alle attività del *soggetto ospitante*, acquisiti durante lo svolgimento del tirocinio.
- Qualora si verificassero, da parte del tirocinante, comportamenti lesivi di diritti o interessi del *soggetto ospitante*, questi potrà, previa informazione al tutore universitario, sospendere e interrompere lo svolgimento del tirocinio.
- Nel caso di risoluzione anticipata del progetto formativo il tirocinante è tenuto a darne comunicazione scritta al *soggetto promotore* e al *soggetto ospitante*, con un congruo preavviso.
- Il *soggetto promotore* garantisce la copertura assicurativa del/i tirocinante/i contro gli infortuni sul lavoro presso l'INAIL, con il sistema della copertura assicurativa per conto dello Stato (T.U. INAIL D.P.R. n. 1124/65 e D.P.R. n. 156/99), nonché per la responsabilità civile presso compagnie assicurative operanti nel settore. In caso di incidente durante lo svolgimento del tirocinio, il *soggetto ospitante* si impegna a segnalare tempestivamente l'evento agli istituti assicurativi ed al *soggetto promotore*. Quest'ultimo provvederà agli adempimenti di legge.
- Il *soggetto promotore* provvede a comunicare periodicamente alla Regione, alle strutture provinciali del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale competenti per territorio in materia di ispezione, nonché agli organismi locali delle confederazioni maggiormente rappresentative sul piano nazionale, i dati relativi ai progetti formativi e di orientamento.
- Il *soggetto ospitante* provvede ad applicare al tirocinante, equiparato al lavoratore, le misure per la tutela della salute e per la sicurezza dei lavoratori durante il lavoro di cui al D. L.vo n. 626/1994 e successive modificazioni ed integrazioni. Il *soggetto promotore* provvederà, tramite il medico competente dell'Università, a certificare l'idoneità sanitaria allo svolgimento delle attività formative, qualora previsto nel progetto formativo. Il *soggetto ospitante* si impegna a comunicare alle rappresentanze sindacali aziendali, ove esistenti, i dati relativi al progetto formativo.
- Il *soggetto ospitante* provvede a comunicare al *soggetto promotore* l'eventuale instaurazione di un successivo rapporto di lavoro con il tirocinante.

Firma per presa visione ed accettazione
Studente/tirocinante

Firma per presa visione ed accettazione
Soggetto Promotore
Il Coordinatore del CDLM in Medicina e Chirurgia
Prof. Bruno Grassi

Firma per presa visione ed accettazione
Soggetto Ospitante