



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI UDINE**

hic sunt futura

Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

Dipartimento di
Area Medica

www.uniud.it

**DOCUMENTAZIONE PER LA GESTIONE AMMINISTRATIVA
DELLE ATTIVITÀ DI TIROCINIO DEGLI STUDENTI ISCRITTI AL CDLM IN
MEDICINA E CHIRURGIA PRESSO L'AZIENDA SANITARIA
UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE**



AUTORIZZAZIONE A SVOLGERE TIROCINI PRESSO L'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE

(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 STUDIO
IN MEDICINA E CHIRURGIA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

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 l'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale, attività formative qualificabili come attività di tirocinio (L. n. 196/1997 – M 509/99 - D.M. 270/04 – Regolamento didattico del Corso di Studio), secondo quanto previsto nel PROGETTO FORMATIVO allegato.

Udine, _____

Lo/a Studente/ssa

Allegare 2 copie modulo "PROGETTO FORMATIVO" compilato nelle parti relative a:

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

SI AUTORIZZA

Il Coordinatore del Corso di Studio
Prof. Bruno Grassi



Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

**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 corso di laurea in Medicina e Chirurgia

PORTATORE DI HANDICAP:

- SI
 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

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:

- Responsabilità per infortuni sul lavoro INAIL: copertura assicurativa per conto dello Stato (T.U. INAIL D.P.R. n. 1124/65 e D.P.R. n. 156/99)
- Responsabilità civile: polizza n. 404324742, compagnia AXA ASSICURAZIONI SPA

Sezione III - SOGGETTO OSPITANTE:

DENOMINAZIONE: _____

SEDE: _____

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

RAPPRESENTANTE: _____



Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

TUTORE AZIENDALE:

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

Nominativo: _____

Recapito (e-mail obbligatoria):

RESPONSABILE SERVIZIO PREVENZIONE E
PROTEZIONE:

Nominativo: dott.ssa Elisabetta Edalucci

Recapito:

elisabetta.edalucci@asuiud.sanita.fvg.it

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 comporta la potenziale esposizione situazioni di rischio specifico (vedi scheda di caratterizzazione situazioni di rischio allegata al progetto formativo)

- SI
- 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 DEFINIRSI 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.
- Le Parti si impegnano a trattare i dati personali, con supporto analogico o digitale, nel rispetto dei principi generali in tema di protezione dei dati personali, di ogni obbligo previsto dal Regolamento (UE) 2016/679 concernente la tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e la libera circolazione di tali dati (di seguito "GDPR") e dalla disciplina in materia, nonché ai provvedimenti delle Autorità di Controllo degli Stati membri dell'Unione Europea ed in particolare del Garante per la protezione dei dati personali. L'Università degli Studi di Udine rende disponibile *l'informativa* unitamente ai suoi eventuali aggiornamenti, nella sezione "privacy" del sito web di *Ateneo* (www.uniud.it/privacy).

Firma per presa visione ed accettazione

Studente/tirocinante

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

Firma per presa visione ed accettazione
Soggetto Ospitante



Scheda di caratterizzazione dell'attività del tirocinio ai fini della sicurezza e prevenzione allegato obbligatorio al progetto formativo dello studente: (Cognome e nome)

durata: da _____ a _____

elenco delle situazioni di potenziale esposizione a rischio (in grigetto le situazioni tipicamente non pertinenti per il settore medico-chirurgico)

Table with 3 columns: A O, Situazione di potenziale esposizione a rischio, Codice. Rows include: Condizioni di contesto operativo, Folgorazione, Uso di macchine, attrezzature e apparecchiature pericolose, Uso di utensili o attrezzi pericolosi, Agricoltura, Zootecnia, Videoterminali, Rumore, Movimentazione manuale dei carichi e condizioni avverse per l'apparato muscolo-scheletrico, Polveri, Stress.

Table with 3 columns: A O, Situazione di potenziale esposizione a rischio, Codice. Rows include: Fattori ambientali avversi, Radiazioni ionizzanti (sorgenti non sigillate), Radiazioni ionizzanti (radiodiagnostica), Radiazioni luminose ad alta energia, Onde elettromagnetiche (esclusi VDT), Uso di sostanze reagenti (F, F+, E) o ustionanti (C), Uso di sostanze chimiche irritanti o allergeniche (Xn), Uso di sostanze chimiche tossicologiche (Xn, T, T+), Uso di gas tossico nocivi, Uso di agenti cancerogeni (R45, R49) e mutageni (R46), Uso di agenti biologici, Organismi geneticamente modificati.

Spuntare tutte le situazioni di rischio connesse con le attività del progetto formativo indicando la frequenza con cui esse avvengono (A se abituale o continuativa nel corso dello svolgimento dell'attività, O se occasionale)

Necessità di sorveglianza sanitaria: no si

Necessità di formazione specifica: no si (specificare tipo e modalità di formazione): _____

Il Responsabile del tirocinio _____