



**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



**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 Inviaente 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: _____



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)

	A O Situazione di potenziale esposizione a rischio	Codice		A O Situazione di potenziale esposizione a rischio	Codice
Condizioni di contesto operativo	<input type="checkbox"/> Lavori in quota con pericolo di caduta dall'alto <input type="checkbox"/> Lavori con rischio di annegamento <input type="checkbox"/> Lavori con rischio di seppellimento e sprofondamento <input type="checkbox"/> Lavori in pozzi, sterri sotterranei cavità o gallerie <input type="checkbox"/> Lavori subacquei con respiratori <input type="checkbox"/> Lavori in cassoni con aria compressa <input type="checkbox"/> Lavori di montaggio e smontaggio di elementi pesanti <input type="checkbox"/> Guida/utizzo di automezzi in condizioni operative pericolose <input type="checkbox"/> Lavori in zone impervie, accidentate o che espongono a rischi idrogeologici <input type="checkbox"/> Lavori con rischio di investimento da automezzi <input type="checkbox"/> Lavori in aree con pericolo di crollo o di caduta di oggetti dall'alto	W1 W2 W3 W4 W5 W6 W7 W8 W9 W10 W11		<input type="checkbox"/> Attività che espongono ad atmosfere maleodoranti ed insalubri <input type="checkbox"/> Attività che espongono ad atmosfere asfittiche <input type="checkbox"/> Attività con possibilità di esposizione a temperature estreme calde <input type="checkbox"/> Attività con possibilità di esposizione a temperature estreme fredde	X1 X2 X3 X4
Fogorazione	<input type="checkbox"/> Operazioni in prossimità di parti in tensione scoperte <input type="checkbox"/> Operazioni in presenza di possibili fenomeni elettrostatici <input type="checkbox"/> Operazioni di manutenzione su sistemi ed apparecchiature in tensione <input type="checkbox"/> Operazioni con dispositivi o apparecchiature elettromedicali	F1 F2 F3 F4		<input type="checkbox"/> Operazioni con esposizione in categoria A (da parere esperto qualificato) <input type="checkbox"/> Operazioni con esposizione in categoria B (da parere esperto qualificato) <input type="checkbox"/> Operazioni con esposizione in categoria "non esposto" (da parere esperto qualificato)	R1 R2 R3
Uso di macchine, attrezzaure e apparecchiature pericolose	<input type="checkbox"/> Operazioni con macchine per il movimento terra <input type="checkbox"/> Operazioni con macchine mobili agricole <input type="checkbox"/> Operazioni con macchine mobili per il sollevamento e trasporto <input type="checkbox"/> Operazioni con apparecchi di sollevamento <input type="checkbox"/> Operazioni con macchine agro-alimentari <input type="checkbox"/> Operazioni con macchine portate, tenute e/o condotte a mano <input type="checkbox"/> Operazioni con macchine utensili di officina <input type="checkbox"/> Operazioni con macchine utensili per la lavorazione del legno o assimilate <input type="checkbox"/> Operazioni con macchine utensili di grandi dimensioni <input type="checkbox"/> Operazioni con apparecchiature da laboratorio e/o elettrodomestici con parti in movimento pericolose <input type="checkbox"/> Operazioni con apparecchiature in pressione	Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11		<input type="checkbox"/> Operazioni con impiego di macchine generatrici di ultravioletti <input type="checkbox"/> Operazioni con generazione di ultravioletti non controllati (es. saldatura) <input type="checkbox"/> Operazioni con impiego di laser di classe 2 o inferiore <input type="checkbox"/> Operazioni con impiego di laser di classe 3 o 4 <input type="checkbox"/> Operazioni con possibile esposizione prolungata a infrarossi	L1 L2 L3 L4 L5
Uso di utensili o attrezzi pericolosi	<input type="checkbox"/> Operazioni con uso di attrezzi o di utensili pericolosi per cesoiamento schiacciamento, taglio o sezionamento <input type="checkbox"/> Operazioni con uso di attrezzi o di utensili pericolosi per perforazione o abrasione	J1 J2		<input type="checkbox"/> Operazioni con possibile esposizione a microonde o radiofrequenze <input type="checkbox"/> Operazioni con possibile esposizione nei campi di emissioni di antenne radio ad elevata potenzialità <input type="checkbox"/> Operazioni con possibile esposizione a forti campi magnetici e/o elettromagnetici <input type="checkbox"/> Operazioni in prossimità di apparecchiature di risonanza magnetico-nucleare	E1 E2 E3 E4
Agricoltura	<input type="checkbox"/> Attività di giardinaggio <input type="checkbox"/> Operazioni di lavorazione del terreno concimazione e semina <input type="checkbox"/> Operazioni di raccolta dei prodotti <input type="checkbox"/> Operazioni di conservazione, stoccaggio e/o insilramento prodotti <input type="checkbox"/> Operazioni di potatura e/o taglio di alberi ad alto fusto	A1 A2 A3 A4 A5		<input type="checkbox"/> Uso di criogeni <input type="checkbox"/> Uso di corrossivi <input type="checkbox"/> Uso di infiammabili <input type="checkbox"/> Uso di esplosivi <input type="checkbox"/> Operazioni che possono comportare reazioni pericolose violente	I1 I2 I3 I4 I5
Zootecnia	<input type="checkbox"/> Allevamento di animali potenzialmente pericolosi <input type="checkbox"/> Attività con contatto di animali di grossa taglia <input type="checkbox"/> Attività con contatto di insettopotenzialmente pericolosi <input type="checkbox"/> Attività con contatto di liquidi o secreti biologici animali potenzialmente infetti <input type="checkbox"/> Attività di somministrazione farmaci ad animali	Z1 Z2 Z3 Z4 Z5		<input type="checkbox"/> Uso abituale di disinfettanti <input type="checkbox"/> Uso abituale di detergenti e detersivi <input type="checkbox"/> Uso abituale di preparati o prodotti irritanti o allergenici per contatto <input type="checkbox"/> Uso e manipolaz. sostanze con produzione di aerosol o aeriformi irritanti <input type="checkbox"/> Sterilizzazioni con glutaldeide	D1 D2 D3 D4 D5
Videoterminali	<input type="checkbox"/> Uso per più di 20 ore medie settimanali	V1		<input type="checkbox"/> Uso e manipolazione di sostanze nocive o tossiche (T, T+, Xn) per contatto <input type="checkbox"/> Uso e manipolazione di sostanze con produzione di aerosol o aeriformi nocivi o tossici (T, T+, Xn) <input type="checkbox"/> Operazioni con formazione di aeriformi tossici derivanti da fusione di solidi (es. saldatura, fumi di saldatura) <input type="checkbox"/> Trattamenti con esposizione a prodotti fitosanitari <input type="checkbox"/> Smaltimenti tossici nocivi <input type="checkbox"/> Uso e somministrazione di farmaci	T1 T2 T3 T4 T5 T6
Rumore	<input type="checkbox"/> Operazioni in presenza di rumore continuo che rende difficoltosa la comunicazione verbale <input type="checkbox"/> Operazioni in presenza di forti rumori ad impulsi o ripetitivi di breve durata <input type="checkbox"/> Operazioni con possibile esposizioni a ultrasuoni e infrasuoni	R1 R2 R3		<input type="checkbox"/> Attività in luoghi con possibile esposizione/rilascio di gas asfissianti <input type="checkbox"/> Attività in luoghi con possibile esposizione/rilascio di gas irritanti e tossici sistemicamente <input type="checkbox"/> Attività in luoghi con possibile esposizione continua a gas anestetici	G1 G2 G3
Movimentazione dei carichi e condizioni avverse per l'apparato muscolo-scheletrico	<input type="checkbox"/> Movimentazione continua di carichi (peso tra 3 e 20 kg) <input type="checkbox"/> Movimentazione continua di carichi (peso superiore a 20 kg) <input type="checkbox"/> Movimentazione di carichi pesanti (maggiori di 30 kg) e di difficile presa <input type="checkbox"/> Operazioni con esposizione a vibrazioni forti o continue <input type="checkbox"/> Lavori con esposizioni prolungata a elevati tassi di umidità <input type="checkbox"/> Lavori che richiedono una prolungata permanenza in posture vincolate <input type="checkbox"/> Operazioni che richiedono movimenti muscolari prolungati, faticosi o ripetitivi <input type="checkbox"/> Movimentazione persone adulte parzialmente collaboranti <input type="checkbox"/> Movimentazione persone adulte non collaboranti <input type="checkbox"/> Movimentazione pazienti pediatrici	M1 M2 M3 M4 M5 M6 M7 M8 M9 M10		<input type="checkbox"/> Uso di agenti cancerogeni (R45, R49) e mutageni (R46) <input type="checkbox"/> Pulizia/manutenzione di oggetti/sistemi potenzialmente contaminati da sostanze cancerogene o mutagene <input type="checkbox"/> Smaltimento di cancerogeni o mutageni <input type="checkbox"/> Preparazione e manipolazione di farmaci antitumorali <input type="checkbox"/> Somministrazione di antineoplastici	C1 C2 C3 C4 C5 C6 C7
Polveri	<input type="checkbox"/> Operazioni in presenza di polveri inerti e di proprietà non tossiche <input type="checkbox"/> Operazioni in presenza di polveri di origine animale o vegetale	P1 P2		<input type="checkbox"/> Attività di ricerca su/con cavie animali <input type="checkbox"/> Manipolazione di agenti biologici gruppo 2 <input type="checkbox"/> Manipolazione di agenti biologici gruppo 3 <input type="checkbox"/> Manipolazione di agenti biologici gruppo 4 <input type="checkbox"/> Manipolazione sangue o liquidi biologici o parti anatomiche <input type="checkbox"/> Manipolazione o smaltimento di rifiuti speciali a rischio biologico <input type="checkbox"/> Contatto abituale con paziente chirurgico <input type="checkbox"/> Contatto abituale con paziente medico <input type="checkbox"/> Manipolazione effetti del malato	B1 B2 B3 B4 B5 B6 B7 B8 B9
Stress	<input type="checkbox"/> Turni prolungati non programmabili in attività faticose o stressanti <input type="checkbox"/> Lavorazioni particolarmente faticose <input type="checkbox"/> Lavori ripetitivi e monotoni <input type="checkbox"/> Turni ospedalieri notturni periodicità in IV <input type="checkbox"/> Turni ospedalieri notturni periodicità in V <input type="checkbox"/> Attività di sala operatoria <input type="checkbox"/> Attività con degenzi terminali <input type="checkbox"/> Attività di pronto soccorso	S1 S2 S3 S4 S5 S6 S7 S8		<input type="checkbox"/> Impiego di O.G.M. Classe 1 <input type="checkbox"/> Impiego di O.G.M. Classe 2 <input type="checkbox"/> Impiego di O.G.M. Classe 3 <input type="checkbox"/> Impiego di O.G.M. Classe 4 <input type="checkbox"/> Attività di ricerca su/con cavie geneticamente modificate <input type="checkbox"/> Attività di ricerca su/con piante geneticamente modificate	O1 O2 O3 O4 O5 O6

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 _____