



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



**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 MAIL _____ TEL. _____

ISCRITTO al _____ anno del corso di laurea 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 – 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 del modulo "PROGETTO FORMATIVO" compilato nelle parti relative a:

1. Sezione I: studente/tirocinante
2. Sezione II: tutor 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 ATTIVITA' DI TIROCINIO

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)

Sezione I - STUDENTE/TIROCINANTE

NOMINATIVO: _____

DATA E LUOGO DI NASCITA: _____

RESIDENZA: _____

RECAPITO MAIL: _____ TEL. _____

ISCRITTO al _____ anno del corso di laurea in Medicina e Chirurgia

PORTATORE DI HANDICAP:

SI

NON OBBLIGATO

Sezione II - SOGGETTO PROMOTORE

DENOMINAZIONE: Università degli Studi di Udine, Corso di Laurea Magistrale 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:

RESPONSABILE SERVIZIO PREVENZIONE E
PROTEZIONE:

Nominativo: ing. Gino Capellari

Recapito:

Recapito: Servizio Prevenzione e Protezione

tel. 0432 556418

POLIZZE ASSICURATIVE:

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

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

RESPONSABILE SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

Nominativo: dott.ssa Elisabetta Edalucci

Recapito (e-mail obbligatoria):

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 comportano la potenziale esposizione a 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:
- 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*;
- rispettare le norme in materia di igiene, salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- 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 CdLM 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	W1	Fattori ambientali avversi	<input type="checkbox"/> Attività che espongono ad atmosfere maleodoranti ed insalubri	X1
	<input type="checkbox"/> Lavori con rischio di annegamento	W2		<input type="checkbox"/> Attività che espongono ad atmosfere asfittiche	X2
	<input type="checkbox"/> Lavori con rischio di seppellimento e sprofondamento	W3		<input type="checkbox"/> Attività con possibilità di esposizione a temperature estreme calde	X3
	<input type="checkbox"/> Lavori in pozzi, sterri sotterranei cavità o gallerie	W4		<input type="checkbox"/> Attività con possibilità di esposizione a temperature estreme fredde	X4
	<input type="checkbox"/> Lavori subacquei con respiratori	W5	Radiazioni ionizzanti (sorgenti non sigillate)	<input type="checkbox"/> Operazioni con esposizione in categoria A (da parere esperto qualificato)	R1
	<input type="checkbox"/> Lavori in cassoni con aria compressa	W6		<input type="checkbox"/> Operazioni con esposizione in categoria B (da parere esperto qualificato)	R2
	<input type="checkbox"/> Lavori di montaggio e smontaggio di elementi pesanti	W7		<input type="checkbox"/> Operazioni con esposizione in categoria "non esposto" (da parere esperto qualificato)	R3
	<input type="checkbox"/> Guida/utilizzo di automezzi in condizioni operative pericolose	W8	Radiazioni ionizzanti (radiodagnostica)	<input type="checkbox"/> Operazioni con esposizione in categoria A (da parere esperto qualificato)	N1
	<input type="checkbox"/> Lavori in zone impervie, accidentate o che espongono a rischi idrogeologici	W9		<input type="checkbox"/> Operazioni con esposizione in categoria B (da parere esperto qualificato)	N2
	<input type="checkbox"/> Lavori con rischio di investimento da automezzi	W10		<input type="checkbox"/> Operazioni con esposizione in categoria "non esposto" (da parere esperto qualificato)	N3
	<input type="checkbox"/> Lavori in aree con pericolo di crollo o di caduta di oggetti dall'alto	W11			
Folgorazione	<input type="checkbox"/> Operazioni in prossimità di parti in tensione scoperte	F1	Radiazioni luminose ad alta energia	<input type="checkbox"/> Operazioni con impiego di macchine generatrici di ultravioletti	L1
	<input type="checkbox"/> Operazioni in presenza di possibili fenomeni elettrostatici	F2		<input type="checkbox"/> Operazioni con generazione di ultravioletti non controllati (es. saldatura)	L2
	<input type="checkbox"/> Operazioni di manutenzione su sistemi ed apparecchiature in tensione	F3		<input type="checkbox"/> Operazioni con impiego di laser di classe 2 o inferiore	L3
	<input type="checkbox"/> Operazioni con dispositivi o apparecchiature elettromedicali	F4		<input type="checkbox"/> Operazioni con impiego di laser di classe 3 o 4	L4
Uso di macchine, attrezzaure e apparecchiature pericolose	<input type="checkbox"/> Operazioni con macchine per il movimento terra	Q1		<input type="checkbox"/> Operazioni con possibile esposizione prolungata a infrarossi	L5
	<input type="checkbox"/> Operazioni con macchine mobili agricole	Q2	Onde elettromagnetiche (esclusi VDT)	<input type="checkbox"/> Operazioni con possibile esposizione a microonde o radiofrequenze	E1
	<input type="checkbox"/> Operazioni con macchine mobili per il sollevamento e trasporto	Q3		<input type="checkbox"/> Operazioni con possibile esposizione nei campi di emissioni di antenne radio ad elevata potenzialità	E2
	<input type="checkbox"/> Operazioni con apparecchi di sollevamento	Q4		<input type="checkbox"/> Operazioni con possibile esposizione a forti campi magnetici e/o elettromagnetici	E3
	<input type="checkbox"/> Operazioni con macchine agro-alimentari	Q5		<input type="checkbox"/> Operazioni in prossimità di apparecchiature di risonanza magnetico-nucleare	E4
	<input type="checkbox"/> Operazioni con macchine portate, tenute e/o condotte a mano	Q6	Uso di sostanze reagenti (F, F+, E) o ustionanti (C)	<input type="checkbox"/> Uso di criogeni	I1
	<input type="checkbox"/> Operazioni con macchine utensili d'officina	Q7		<input type="checkbox"/> Uso di corrosivi	I2
	<input type="checkbox"/> Operazioni con macchine utensili per la lavorazione del legno o assimilate	Q8		<input type="checkbox"/> Uso di infiammabili	I3
	<input type="checkbox"/> Operazioni con macchine utensili di grandi dimensioni	Q9		<input type="checkbox"/> Uso di esplosivi	I4
	<input type="checkbox"/> Operazioni con apparecchiature da laboratorio e/o elettrodomestici con parti in movimento pericolose	Q10		<input type="checkbox"/> Operazioni che possono comportare reazioni pericolose violente	I5
	<input type="checkbox"/> Operazioni con apparecchiature in pressione	Q11	Uso di sostanze chimiche irritanti o allergeniche (Xi)	<input type="checkbox"/> Uso abituale di disinettanti	D1
Uso di utensili o attrezzi pericolosi	<input type="checkbox"/> Operazioni con uso di attrezzi o di utensili pericolosi per cesoiamento schiacciamento, taglio o sezionamento	J1		<input type="checkbox"/> Uso abituale di detergenti e detersivi	D2
	<input type="checkbox"/> Operazioni con uso di attrezzi o di utensili pericolosi per perforazione o abrasione	J2		<input type="checkbox"/> Uso abituale di preparati o prodotti irritanti o allergenici per contatto	D3
Agricoltura	<input type="checkbox"/> Attività di giardinaggio	A1		<input type="checkbox"/> Uso e manipolaz. sostanze con produzione di aerosol o aeriformi irritanti	D4
	<input type="checkbox"/> Operazioni di lavorazione del terreno concimazione e semina	A2		<input type="checkbox"/> Sterilizzazione con glutaldeide	D5
	<input type="checkbox"/> Operazioni di raccolta dei prodotti	A3	Uso di sostanze chimiche tossicomicogene (Xn, T, T+)	<input type="checkbox"/> Uso e manipolazione di sostanze nocive o tossiche (T, T+, Xn) per contatto	T1
	<input type="checkbox"/> Operazioni di conservazione, stocaggio e/o insilramento prodotti	A4		<input type="checkbox"/> Uso e manipolazione di sostanze con produzione di aerosol o aeriformi nocivi o tossici (T, T+, Xn)	T2
	<input type="checkbox"/> Operazioni di potatura e/o taglio di alberi ad alto fusto	A5		<input type="checkbox"/> Operazioni con formazione di aeriformi tossici derivanti da fusione di solidi (es. saldatura, fumi di saldatura)	T3
Zootecnia	<input type="checkbox"/> Allevamento di animali potenzialmente pericolosi	Z1		<input type="checkbox"/> Trattamenti con esposizione a prodotti fitosanitari	T4
	<input type="checkbox"/> Attività con contatto di animali di grossa taglia	Z2		<input type="checkbox"/> Smaltimenti tossici nocivi	T5
	<input type="checkbox"/> Attività con contatto di insetti/potenzialmente pericolosi	Z3		<input type="checkbox"/> Uso e somministrazione di farmaci	T6
	<input type="checkbox"/> Attività con contatto di liquidi o secreti biologici animali potenzialmente infetti	Z4	Uso di gas tossici nocivi	<input type="checkbox"/> Attività in luoghi con possibile esposizione/rilascio di gas asfissianti	G1
	<input type="checkbox"/> Attività di somministrazione farmaci ad animali	Z5		<input type="checkbox"/> Attività in luoghi con possibile esposizione/rilascio di gas irritanti e tossici sistemic	G2
Videotermini	<input type="checkbox"/> Uso per più di 20 ore medie settimanali	V1		<input type="checkbox"/> Attività in luoghi con possibile esposizione continuativa a gas anestetici	G3
Rumore	<input type="checkbox"/> Operazioni in presenza di rumore continuo che rende difficile la comunicazione verbale	R1	Uso di agenti cancerogeni (R45, R49) e mutageni (R46)	<input type="checkbox"/> Uso e manipolazione di sostanze R45, R49	C1
	<input type="checkbox"/> Operazioni in presenza di forti rumori ad impulsi o ripetitivi di breve durata	R2		<input type="checkbox"/> Uso di sostanze mutagene (R46) o R40	C2
	<input type="checkbox"/> Operazioni con possibile esposizione a ultrasuoni e infrasuoni	R3		<input type="checkbox"/> Uso e manipolazione di fitofarmaci e antiparassitari (R45, R49)	C3
Movimento manuale dei carichi e condizioni avverse per l'apparato muscolo-scheletrico	<input type="checkbox"/> Movimentazione continuativa di carichi (peso tra 3 e 20 kg)	M1		<input type="checkbox"/> Pulizia/manutenzione di oggetti/sistemi potenzialmente contaminati da sostanze cancerogene o mutagene	C4
	<input type="checkbox"/> Movimentazione continuativa di carichi (peso superiore a 20 kg)	M2		<input type="checkbox"/> Smaltimento di cancerogeni o mutageni	C5
	<input type="checkbox"/> Movimentazione di carichi pesanti (maggiore di 30 kg) e di difficile presa	M3		<input type="checkbox"/> Preparazione e manipolazione di farmaci antitumorali	C6
	<input type="checkbox"/> Operazioni con esposizione a vibrazioni forti o continue	M4		<input type="checkbox"/> Somministrazione di antineoplastici	C7
	<input type="checkbox"/> Lavori con esposizione prolungata a elevati tassi di umidità	M5	Uso di agenti biologici	<input type="checkbox"/> Attività di ricerca su/con cavie animali	B1
	<input type="checkbox"/> Lavori che richiedono una prolungata permanenza in posture vincolate	M6		<input type="checkbox"/> Manipolazione di agenti biologici gruppo 2	B2
	<input type="checkbox"/> Operazioni che richiedono movimenti muscolari prolungati, faticosi o ripetitivi	M7		<input type="checkbox"/> Manipolazione di agenti biologici gruppo 3	B3
	<input type="checkbox"/> Movimentazione persone adulte parzialmente collaboranti	M8		<input type="checkbox"/> Manipolazione di agenti biologici gruppo 4	B4
	<input type="checkbox"/> Movimentazione persone adulte non collaboranti	M9		<input type="checkbox"/> Manipolazione sangue o liquidi biologici o parti anatomiche	B5
	<input type="checkbox"/> Movimentazione pazienti pediatrici	M10		<input type="checkbox"/> Manipolazione o smaltimento di rifiuti speciali a rischio biologico	B6
Polveri	<input type="checkbox"/> Operazioni in presenza di polveri inerti e di proprietà non tossiche	P1		<input type="checkbox"/> Contatto abituale con paziente chirurgico	B7
	<input type="checkbox"/> Operazioni in presenza di polveri di origine animale o vegetale	P2		<input type="checkbox"/> Contatto abituale con paziente medico	B8
Stress	<input type="checkbox"/> Turni prolungati non programmabili in attività faticose o stressanti	S1		<input type="checkbox"/> Manipolazione effetti del malato	B9
	<input type="checkbox"/> Lavorazioni particolarmente faticose	S2	Organismi geneticamente modificati	<input type="checkbox"/> Impiego di O.G.M. Classe 1	O1
	<input type="checkbox"/> Lavori ripetitivi o monotoni	S3		<input type="checkbox"/> Impiego di O.G.M. Classe 2	O2
	<input type="checkbox"/> Turni ospedalieri notturni periodicità in IV	S4		<input type="checkbox"/> Impiego di O.G.M. Classe 3	O3
	<input type="checkbox"/> Turni ospedalieri notturni periodicità in V	S5		<input type="checkbox"/> Impiego di O.G.M. Classe 4	O4
	<input type="checkbox"/> Attività di sala operatoria	S6		<input type="checkbox"/> Attività di ricerca su/con cavie geneticamente modificate	O5
	<input type="checkbox"/> Attività con degeniti terminali	S7		<input type="checkbox"/> Attività di ricerca su/con piante geneticamente modificate	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): _____

Il Responsabile del tirocinio: _____