



PROGETTO FORMATIVO INDIVIDUALE

Da effettuarsi presso _____

Nominativo dello specializzando/tirocinante

Nato a il

Residente in Prov. Via n.

Cap.

Codice Fiscale

Telefono e-mail (*in stampatello*):

Attuale condizione:

Laurea in iscritto al Anno di corso della Scuola di Specializzazione in

Area medica ☐ Area non medica ☐ presso l'Università degli Studi di Catania

Soggetto ospitante

Indirizzo - Tel.

Pec:

Ufficio/ per le convenzioni extrarete -contatto Sig.

Email(stampatello)

Sede/i del tirocinio

Orario di svolgimento del tirocinio dalle ore alle ore

Ore settimanali previste(max 38 ore)

Tempi di accessi ai locali aziendali (*indicare i giorni*) Periodo di tirocinio n. mesi

dal al(la durata del tirocinio non può superare 18 mesi)

Tutor universitario (SEDE DI PROVENIENZA)

Tutor aziendale (nome, cognome, qualifica) (SOGGETTO OSPITANTE).....

Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (SEDE DI PROVENIENZA).....

Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione SEDE OSPITANTE).....

Medico competente (SEDE DI PROVENIENZA).....

Medico competente (SEDE OSPITANTE).....

Polizze assicurative

Tipologia di Responsabilità

polizza n. con scadenza

P.A.T. INAIL n.

Altre polizze:.....

Obiettivi formativi e modalità di svolgimento del tirocinio

- Conoscenze, abilità e competenze che ci si prefigge di acquisire *(a cura della scuola di specializzazione)*:

- Piano delle attività formative del periodo di formazione *(a cura della scuola di specializzazione)*:

- Sede e denominazione della Unità organizzativa o struttura assimilata *(a cura della struttura ospitante)*:

- Modalità di supervisione e valutazione delle attività formative *(a cura della struttura ospitante)*:

.....
.....

Obblighi del tirocinante:

- Seguire le indicazioni dei tutor e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze;
- rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotti od altre notizie relative all'azienda di cui venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio;
- rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza
- prendere atto che la frequenza non costituisce rapporto di lavoro;
- al termine del periodo di frequenza presso la struttura esterna, il medico in formazione specialistica dovrà consegnare al Consiglio della scuola, per la valutazione di merito, una relazione sull'attività svolta e un'attestazione sulla frequenza prestata.

Consenso al trattamento dei dati del tirocinante da parte del soggetto ospitante, in applicazione del Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali UE 679/2016

Barrare il consenso ☐

data

Firma per presa visione e accettazione del tirocinante specializzando

Firma tutor universitario (UNICT)

Firma tutor aziendale (SOGGETTO OSPITANTE)

Firma Direttore della Scuola

Firma e timbro del Soggetto Ospitante