

## DOMANDA DI TIROCINIO PRESSO L'ASL N. 1 DI SASSARI

Autorizzazione prot. n° \_\_\_\_\_ SF del \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Qualifica/Diploma/Laurea \_\_\_\_\_

chiede di poter effettuare presso l'ASL di Sassari: (barrare la casella che interessa)

 **il tirocinio VOLONTARIO** **il tirocinio PREDIPLOMA** (indicare la Scuola)

\_\_\_\_\_

 **il tirocinio POSTDIPLOMA** (indicare il diploma)

\_\_\_\_\_

 **il tirocinio PRELAUREA** della Facoltà di \_\_\_\_\_

Corso di laurea \_\_\_\_\_

 laurea triennale  laurea quadriennale  laurea specialistica **il tirocinio POSTLAUREA** della Facoltà di \_\_\_\_\_

Corso di laurea \_\_\_\_\_

 laurea triennale  laurea quadriennale  laurea specialistica **il tirocinio nell'ambito della SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE**

in \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

laureato in \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

L'Ente che invia l'allievo è già convenzionato con l'ASL di Sassari?

Si

No

---

Se si vuole effettuare un tirocinio presso le strutture di quest'azienda sia come volontari, intendendo con questo che non si è inviati da università o altri enti, ma si frequenta appunto come volontari, sia inviati da enti/scuole/università, con i quali si è stipulata apposita convenzione, occorre essere coperti da polizza assicurativa che tuteli gli allievi contro infortuni, danni patiti e malattie, sia durante l'attività didattica sia nelle fasi di spostamento. Indicarne di seguito gli estremi:

**Polizza Infortuni** (allegare fotocopia): n° \_\_\_\_\_

Periodo polizza: a decorrere dal \_\_\_\_\_ scadenza al \_\_\_\_\_

N.B. Il massimale minimo richiesto dall'azienda per questo tipo di polizza è di € 100.000,00

**IL PREMIO IN ARGOMENTO SI INTENDE COMPRENSIVO DI IMPOSTE ED ACCESSORI E CON ESCLUSIONE DI QUALSIASI FRANCHIGIA E/O SCOPERTO**

L'allievo ha già preso contatto in via preliminare, da confermare con successiva autorizzazione aziendale, con il Servizio in cui intende svolgere il tirocinio?

Se sì, indicare il servizio:

---

L'allievo ha già preso contatto in via preliminare, da confermare con successiva autorizzazione aziendale, con l'operatore disponibile a svolgere il ruolo di tutor?

Se sì, indicarne il nominativo in stampatello e **far apporre il visto del tutor**:

---

Durata del tirocinio (indicare numero ore): \_\_\_\_\_

Data in cui si vorrebbe iniziare la frequenza presso le strutture aziendali: \_\_\_\_\_

Data presunta in cui si terminerà: \_\_\_\_\_

Questa Azienda Sanitaria, per maggiormente qualificare le attività di tirocinio che si svolgono presso le proprie strutture, ritiene utile e necessario che nella domanda siano esplicitati gli obiettivi educativi che l'allievo intende raggiungere con questa attività.

OBIETTIVI

Parere del Responsabile del Servizio (timbro e firma).

---

Firma dell'allievo

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Privacy:**

si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003

Firma dell'allievo

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**N.B. Si ricorda che l'allievo durante il tirocinio è tenuto al rispetto del segreto professionale**

**PROCEDURA PER INOLTARE LA DOMANDA DI TIROCINIO**

1) In via preliminare il futuro tirocinante deve prendere contatto con la struttura da lui individuata per valutare col Responsabile del Servizio la possibilità di frequenza. Il Responsabile valuterà l'opportunità di accogliere il tirocinante in base alla reale possibilità di aiutarlo a conseguire gli obiettivi formativi previsti dalla struttura.

2) Se nella fase di orientamento il tirocinante avesse necessità di essere aiutato ad individuare la struttura in cui svolgere il tirocinio ed il percorso più idoneo per la formazione d'indirizzo, può rivolgersi al Dr. F. Cattari, ☎ 079/2062021, referente aziendale per il tirocinio degli psicologi se si tratta di un tirocinio di psicologia ed alla D.ssa S. Dettori, ☎ 079/2062563, referente aziendale per i tirocini, per le altre professioni.

3) **La domanda di tirocinio dovrà essere debitamente compilata in ogni sua parte**, indicare in modo leggibile il nominativo del tutor designato che dovrà apporre la sua firma per accettazione dell'incarico. Il Responsabile del Servizio dovrà esprimere il proprio parere, apporre il timbro e la firma. Il Servizio Formazione provvederà ad istruire la pratica e trasmetterà l'autorizzazione al Servizio dove si dovrà effettuare il tirocinio, e il tirocinante potrà iniziare la frequenza.

4) La domanda potrà essere consegnata ai seguenti recapiti:

1. Ufficio Protocollo, Via Monte Grappa 82, Sassari;
2. Servizio Formazione, corridoio A, terzo piano, ex Ospedale San Camillo, Strada Statale Sassari-Sorso, ☎ 079/2062067, e-mail [form.tirocini@aslsassari.it](mailto:form.tirocini@aslsassari.it) **referente Sig.ra Stefania Doria**. La domanda può essere trasmessa anche via fax al n° ☎ 079/2062564.

3) **Alla conclusione del tirocinio**, per confermare l'avvenuto svolgimento ed eventualmente per avere la certificazione di frequenza, l'allievo dovrà inviare una comunicazione scritta (controfirmata e timbrata dal tutor) al fax ☎ 079/2062564 del Servizio Formazione secondo il seguente schema:

Il Dr./Dr.ssa/Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
ha concluso il tirocinio formativo che si è svolto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso il  
Rep/ Serv. \_\_\_\_\_ per un numero totale di ore pari a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ acquisendo competenze in tema di \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Tutor

firma del tirocinante

5) La documentazione relativa ai tirocini è presente sul sito della ASL 1 [www.aslsassari.it](http://www.aslsassari.it), cliccare alla voce "ASL informa", successivamente su "formazione".