



**Dipartimento Universitario Clinico di Scienze mediche, chirurgiche e della salute**

**Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia**

Coordinatore: Prof. Marco Merlo

Prot. n. \_\_\_\_\_ dd. \_\_\_\_\_

**PROGETTO FORMATIVO INDIVIDUALE PER TIROCINIO ESTERNO**

(rif. Convenzione<sup>1</sup> n. .... stipulata in data ..../.../.....)

**Dati del Soggetto richiedente il tirocinio**

Il/la sottoscritt (\*) Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_, Matricola \_\_\_\_\_,  
Nat(\*) a \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_,  
telefono cellulare \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_@studenti.units.it,  
residente a \_\_\_\_\_, in via /piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
student(\*) regolarmente iscritto/a al \_\_\_° anno del CdLM in Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Trieste  
Soggetto disabile <sup>2</sup> si  no

**DICHIARA**

- di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali (documento al link <https://corsi.units.it/me03/documenti> e di essere informato, ai fini Privacy, che la finalità del trattamento dei propri dati è svolto nel rispetto della normativa in materia;
- di aver preso preventivi contatti e accordi per svolgere un tirocinio formativo professionalizzante esterno all'ASUGI, presso il Medico/Reparto/struttura Aziendale Sanitaria sotto specificata.

**Soggetto ospitante**

**Denominazione:**

**Sede amministrativa:**

via \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_, città: \_\_\_\_\_,

Nazione: \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

Sito web \_\_\_\_\_

Attività Preminente \_\_\_\_\_

Numero dipendenti a tempo indeterminato<sup>3</sup> \_\_\_\_\_





Aree di interesse aziendale per i tirocini:

**- ambiti: medico sanitario**

Progetto: Obiettivi e modalità del tirocinio (descrizione delle attività)

Il tirocinio prevede come obiettivi gli items descritti nel Vademecum dei Tirocini, previsti per il proprio anno di corso.

L'attività di tirocinio comprende attività atte al raggiungimento degli items previsti, con supervisione e guida da parte del Tutor Clinico.

Settore aziendale di inserimento del tirocinante <sup>4</sup> \_\_\_\_\_

Sede/ i del tirocinio (stabilimento/reparto/ufficio) <sup>5</sup> \_\_\_\_\_

Tempi di accesso ai locali aziendali <sup>6</sup> dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_

Totale ore settimanali di tirocinio previste<sup>7</sup> \_\_\_\_\_

Periodo di tirocinio<sup>8</sup> n. mesi \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tutor universitario: \_\_\_\_\_

(Contatti tel. \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_@units.it)

Tutor aziendale (in stampatello):  
\_\_\_\_\_

Posizione ricoperta \_\_\_\_\_

(Contatti: tel. \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_)





**Numero CFU e richiesta riconoscimento/suddivisione CFU**

**Crediti formativi universitari<sup>9</sup> che lo Studente richiede di svolgere in tirocinio esterno:** \_\_\_\_\_ CFU

(1 CFU = 25 ore)

**Richiesta di riconoscimento / suddivisione dei CFU che lo studente svolgerà in tirocinio esterno.**

\_\_\_ **Tirocinio** \_\_\_\_\_ **Anno** \_\_\_\_\_ **CFU**

\_\_\_ **Tirocinio** \_\_\_\_\_ **Anno** \_\_\_\_\_ **CFU**

\_\_\_ **Tirocinio** \_\_\_\_\_ **Anno** \_\_\_\_\_ **CFU**

\_\_\_ **Tirocinio Medico Professionalizzante Area** \_\_\_\_\_ **VI Anno (Abilitanti)** \_\_\_\_\_ **CFU**

Affinché il Tirocinio Esterno venga riconosciuto e convalidato all'interno del Libretto dello Studente, si necessita al termine del Tirocinio Esterno dell'invio via mail a [lm.ciclounico6.dsm@units.it](mailto:lm.ciclounico6.dsm@units.it) della Scheda di Valutazione del Tirocinio Esterno che attesti il numero di CFU svolti e che riporti la valutazione e il giudizio di idoneità o meno dello Studente. Se al termine del Tirocinio Esterno il numero di CFU svolti è minore al numero dichiarato all'interno del Progetto Formativo, questa modifica del numero dei CFU deve obbligatoriamente essere giustificata per iscritto a [lm.ciclounico6.dsm@units.it](mailto:lm.ciclounico6.dsm@units.it). La modifica del numero di CFU verrà portata all'approvazione della Commissione Tirocini.

**Polizze assicurative<sup>10</sup>**

Infortunati sul lavoro INAIL: gestione per conto dello Stato prevista dal combinato disposto dagli artt. 127 e 190 del T.U. INAIL (DPR N. 1124/65) e regolamentato dal D.M. 10.10.85

Polizza Infortuni:

Compagnia: AXA Assicurazioni S.p.A.

Numero: 8/404324745

Scadenza: 31/12/2024

Polizza assicurativa per Responsabilità Civile verso terzi:

Compagnia: AXA Assicurazioni S.p.A.

Numero: 7/409966378

Scadenza: 31/12/2024



### Obiettivi formativi del tirocinio

**DICHIARO** altresì che l'attività di tirocini nelle strutture sopra indicate avviene per i seguenti obiettivi formativi:

Sviluppo degli items formativi previsti per il III anno di corso di Medicina e Chirurgia come previsto da Vademecum dei tirocini o

Sviluppo degli items formativi previsti per il IV anno di corso di Medicina e Chirurgia come previsto da Vademecum dei tirocini o

Sviluppo degli items formativi previsti per il V anno di corso di Medicina e Chirurgia come previsto da Vademecum dei tirocini e/o items formativi previsti nei Tirocini Abilitanti o

Sviluppo degli items formativi previsti per il VI anno di corso di Medicina e Chirurgia come previsto da Vademecum dei tirocini e/o items formativi previsti nei Tirocini Abilitanti

Per obiettivi e modalità del tirocinio: vedasi Vademecum dei tirocini, con particolare riferimento a quanto previsto per il \_\_\_\_° anno, pubblicato alla pagina web dei tirocini al link <https://corsi.units.it/me03/tirocini>

### Obblighi del tirocinante

**PRENDO ATTO** dei seguenti obblighi:

- ❖ Seguire le indicazioni dei tutori ospitanti e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo o altre evenienze
- ❖ Rispettare gli obblighi di riservatezza circa i processi produttivi, prodotti o altre notizie relative all'azienda ospitante durante lo svolgimento del tirocinio
- ❖ Rispettare i regolamenti aziendali/dei servizi, le norme in materia di igiene e sicurezza e il codice etico della struttura ospitante
- ❖ Certificare le ore svolte e il giudizio acquisito dal tutor ospitante
- ❖ Rispetto di quanto previsto per il trattamento dei dati personali, ai sensi degli artt. 5 e 29 Regolamento Generale sulla Protezione delle persone fisiche, con riguardo al trattamento dei dati personali (UE) 2016/679 e dell'art. 2 *quaterdecies* del D.lgs. n. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" così come modificato dal D.Lgs 101/2018





**Dati della Struttura afferente**

**Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia**

Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute

Università degli studi di Trieste

**Sede:** presso il DUC Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute-UniTs, strada di Fiume 447, 34149 – Ospedale di Cattinara - Trieste

**Coordinatore:** Prof. Marco Merlo

Contatti al link: <https://corsi.units.it/me03/medicina-chirurgia>

Allegati al progetto formativo:

- 1 scheda rischi per l'eventuale istituzione della cartella sanitaria del tirocinio curricolare, sottoscritta dal datore di lavoro dell'azienda o delegato in materia di salute e sicurezza.

Luogo \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il Tirocinante \_\_\_\_\_

Per l'Università degli Studi di Trieste:

Il tutor Prof./Prof.ssa \_\_\_\_\_

Per il soggetto ospitante il tutor \_\_\_\_\_

- 1) Il Progetto Formativo va allegato alla Convenzione (DM 142/98 art. 4, D. Pres. FVG 103/2010).
- 2) Ai sensi dell'art. 18, comma 1, lettera d) della legge n. 196/97, nel caso di persone disabili o portatrici di handicap la durata del tirocinio non può superare i ventiquattro mesi *“da modulare in funzione della specificità dei diversi tipi di utenti”*.
- 3) Il datore di lavoro è tenuto a rispettare i limiti massimi di tirocinanti ospitabili stabiliti dall'art. 1 del D.M. 142/98 in relazione al numero dei propri dipendenti a tempo indeterminato.
- 4) Il tirocinio può svolgersi anche in più settori operativi della medesima organizzazione lavorativa (art. 4, D.M. 142/98).





**Dipartimento Universitario Clinico di Scienze mediche, chirurgiche e della salute**

**Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia**

*Coordinatore: Prof. Marco Merlo*

- 5) Indicare tutte le sedi di svolgimento abituale del tirocinio, ai fini della copertura assicurativa del tirocinante. In caso di attività svolte occasionalmente in altro stabilimento o fuori sede è necessario darne preavviso scritto alla controparte.
- 6) Indicare gli orari di accesso alla sede di lavoro, che devono includere, ai fini assicurativi, gli orari di ingresso e uscita del tirocinante. In caso di attività svolte al di fuori di questi orari, è necessario darne preavviso scritto alla controparte.
- 7) L'orario settimanale vale al fine del computo delle ore totali di tirocinio. Eventuali assenze possono essere recuperate nelle settimane successive, previo consenso da parte del tutor aziendale e del tutor accademico.
- 8) Vedasi l'art. 18, comma 1, lettera d) della legge n. 196/97.
- 9) Se previsti, vanno concordati preventivamente con il tutor universitario.
- 10) In particolare, per quanto riguarda gli infortuni sul lavoro, il tirocinante deve seguire le procedure indicate alla pagina "Assicurazione degli studenti contro gli infortuni" (<http://www.units.it/dida/ordamm/?file=NormeInfortuni.inc>).

