

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Fatebenefratelli Sacco	SC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE	IDR_ASST_GSRU_34 Rev. 03 del 23/10/2025 Pagina 1 / 4
	DOMANDA DI TIROCINIO DEI CORSI DI LAUREA E MASTER DELLE PROFESSIONI SANITARIE E CORSI DI FORMAZIONE OSS	

SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane

Ufficio Tirocini

per e-mail

Il/La sottoscritto/a

Nome

Cognome

Riferimenti convenzione:

Data sottoscrizione _____

Validità dal _____ al _____

CHIEDE

Di essere ammesso a frequentare presso:

Indicare il presidio ospedaliero o polo territoriale:

☐ Fatebenefratelli e Oftalmico ☐ L. Sacco ☐ V. Buzzi ☐ Macedonio Melloni ☐ Polo Territoriale

Indicare nome e indirizzo del reparto/sede territoriale che si intende frequentare:

Indicare il periodo:

dal _____ al _____

n. ore _____

Per svolgere il tirocinio previsto da (barrare la casella di interesse):

☐ Corso di Laurea delle Professioni Sanitarie
(Laurea triennale)

☐ Corsi di formazione professionale (OSS)

☐ Corso di Laurea delle Professioni Sanitarie
(Laurea Magistrale)

☐ Master

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali così come stabilito dall'articolo 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

**DOMANDA DI TIROCINIO DEI CORSI DI LAUREA
E MASTER DELLE PROFESSIONI SANITARIE E
CORSI DI FORMAZIONE OSS****DICHIARA**

Data di nascita

Comune di nascita

Cittadinanza

Codice fiscale

Comune di residenza:

Indirizzo di residenza:

Comune di domicilio (solo se diverso dalla residenza):

Indirizzo domicilio:

Telefono

Email

Iscrizione alla seguente Università/Scuola (indicare il nome del Corso di studio/Scuola):

Con sede in (indicare Città e Indirizzo):

Anno di corso:

Titolo di studio:

Abilitazione (ove prevista):

Iscrizione all'albo professionale (ove prevista):

data _____ numero _____

☐ Di essere già dipendente di questa ASST presso la struttura/servizio

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Fatebenefratelli Sacco	SC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE DOMANDA DI TIROCINIO DEI CORSI DI LAUREA E MASTER DELLE PROFESSIONI SANITARIE E CORSI DI FORMAZIONE OSS	IDR_ASST_GSRU_34 Rev. 03 del 23/10/2025 Pagina 3 / 4
--	---	---

☐ Di non essere già dipendente di questa ASST presso la struttura/servizio

☐ di non aver riportato condanne penali o sentenze di applicazione della pena ai sensi dell'art. 444 c.p.p. né di essere a conoscenza di procedimenti penali in corso a proprio carico;

☐ di aver riportato le seguenti condanne penali o sentenze di applicazione della pena ai sensi dell'art. 444 c.p.p., o di essere a conoscenza dei seguenti procedimenti penali in corso a proprio carico:

☐ di aver preso visione del Regolamento aziendale pubblicato sul sito internet e di accettare, senza riserve, ogni sua prescrizione e condizione;

☐ che in caso di accoglimento della presente domanda, il tirocinio viene prestata interamente a titolo gratuito e che la stessa non costituirà rapporto di impiego né prefigura titolo, diritto o aspettativa di qualsivoglia genere di impiego;

☐ di riconoscere che non avrà alcun obbligo di servizio, né di orario, né di dipendenza, non potendo essere impegnato in attività che comportino autonomia decisionale, sostituzione del personale dipendente o spendita del nome aziendale;

☐ che in caso di interruzione della frequenza, anche temporanea, è tenuto ad informare tempestivamente il tutor aziendale;

☐ che in caso di infortunio durante la frequenza è tenuto ad informare tempestivamente il tutor aziendale e il soggetto promotore che si dovrà attivare per gli aspetti assicurativi;

☐ di manlevare l'ASST da ogni responsabilità derivante dalla frequenza della struttura.

Allega alla presente richiesta (DA PRESENTARE ALMENO 30 GIORNI PRIMA DELL'INIZIO DEL TIROCINIO):

☐ progetto formativo individuale contenente tutti i dati elencati nel Regolamento aziendale (*firmato dal tirocinante, tutor didattico, dal tutor aziendale oppure, ove previsto, dal rappresentante legale o delegato del soggetto ospitante*);

☐ copia dell'attestato di partecipazione al corso obbligatorio sulla sicurezza sul lavoro (parte generale – 4 ore);

☐ copia fronte/retro di un proprio documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale;

☐ copia di certificato di idoneità alla mansione in corso di validità rilasciato dal medico competente del soggetto promotore o di altre aziende sanitarie, ove ciò sia previsto in convenzione

*Infine, il sottoscritto dichiara di essere consapevole che **il tirocinio avrà inizio solo dopo la ricezione della comunicazione (tramite e-mail) da parte della SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane – Ufficio tirocini e l'attivazione del badge di rilevazione della presenza all'interno dell'Azienda.***

	SC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE	IDR_ASST_GSRU_34 Rev. 03 del 23/10/2025 Pagina 4 / 4
	DOMANDA DI TIROCINIO DEI CORSI DI LAUREA E MASTER DELLE PROFESSIONI SANITARIE E CORSI DI FORMAZIONE OSS	

giugno 2003, n. 196 recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", il sottoscritto dichiara di essere informato, che i propri dati personali, anche giudiziari, saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per cui presta il consenso al trattamento.

Luogo e data _____ Firma _____
(autografa del richiedente)

Sezione riservata all'Azienda

Vista la richiesta, il Referente Dapss per i tirocini di competenza, esprime **parere favorevole e individua il/i seguente/i tutor.**

Nome e Cognome	n. tirocinanti attualmente seguiti	Firma tutor aziendale per accettazione
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Luogo e data _____ Firma e timbro Referente DAPSS _____

I dipendenti devono svolgere il tirocinio al di fuori dell'orario di lavoro e della sede di servizio.