

DOMANDA DI TIROCINIO

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 seguente tirocinio (barrare la casella di interesse):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <i>tirocinio pre-laurea</i> | <input type="checkbox"/> <i>TPV (psicologia)</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>tirocinio per tesi</i> | <input type="checkbox"/> <i>tirocinio per dottorato</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>tirocinio per master</i> | <input type="checkbox"/> <i>tirocinio alternanza scuola - lavoro</i> |

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 veritieri, di formazione o uso di atti falsi,

DOMANDA DI TIROCINIO

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 _____ -

DOMANDA DI TIROCINIO

- Di essere già dipendente di questa ASST

indicare la struttura di assegnazione: _____

- Di essere NON essere già dipendente di questa ASST

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 svolto interamente a titolo gratuito e che lo stesso 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 del tirocinio, anche temporanea, è tenuto ad informare tempestivamente il tutor aziendale;

che in caso di infortunio durante il tirocinio 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

*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.***

DOMANDA DI TIROCINIO

Ai sensi e per gli effetti del Regolamento Generale Protezione Dati UE del 27 aprile 2016 n. 679 e de D.Lgs. 30 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 Direttore/Responsabile della struttura (o delegato), 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 Direttore SC _____

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