


<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Fatebenefratelli Sacco</p>	<p>SC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE</p> <p><b>DOMANDA DI TIROCINIO</b></p>	<p><b>IDR_ASST_GSRU_34</b></p> <p>Rev. 03 del 23/10/2025 Pagina 1 / 4</p>
---	--	---

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

*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****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 \_\_\_\_\_ -

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia</p> <p>ASST Fatebenefratelli Sacco</p>	<p>SC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE</p> <p><b>DOMANDA DI TIROCINIO</b></p>	<p><b>IDR_ASST_GSRU_34</b></p> <p>Rev. 03 del 23/10/2025 Pagina 3 / 4</p>
--	--	---

☐ 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.***

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia</p> <p>ASST Fatebenefratelli Sacco</p>	<p>SC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE</p> <p><b>DOMANDA DI TIROCINIO</b></p>	<p><b>IDR_ASST_GSRU_34</b></p> <p>Rev. 03 del 23/10/2025 Pagina 4 / 4</p>
--	--	---

*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.**