**PROGETTO FORMATIVO INDIVIDUALE**

 **Da effettuarsi presso**

|  |
| --- |
| **Nominativo dello/a specializzando/a del/della tirocinante**… ………………………………………Nato/a a …… ……………………… Prov. ……il ………………………………………….Residente in…… ………………………Prov. ………. Cap……………….Via .………………………………n**.**……...........Codice fiscale…………………..………………….Telefono…………………………………………………e-mail (*in stampatello*): …………………………………… |

**Polizze assicurative**

Tipologia di Responsabilità……………………………………………………………………………………………….

**Polizze assicurative**

polizza………………………………………………………………n……………………………con scadenza………………….;

P.A.T. INAIL n. ………………………………………………………………………………………………………………

Altre polizze: ………………………………………………………………………………………………………………

Altre polizze……………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..

Tutor universitario U.C. ……………...…………………………………………………………………………………………

Tutor aziendale (*nome, cognome, qualifica*) ………………. ……………………………………………………………………

Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione………………………………………………………….

Medico competente………………………………………………………………………………………………

**Attuale condizione:**

Laurea in: …….……………………………………………………iscritto/a al ……… Anno di corso della Scuola

di Specializzazione in……………………………………………….

Area medica Area non medica **presso l’Università degli Studi di Catania**

**Soggetto ospitante**……..……………………………………………………….

Indirizzo……… …………………………………………………-Tel……………………………

**Pec:** ………… ……………………………………………………………

Ufficio/ per le convenzioni extrarete- contatto: …………………………………………………………………….

E-mail (*in stampatello*)… ……………………………………………………………………………………………………….

Sede/i del tirocinio………………………………………………………………………………………………….

Orario di svolgimento del tirocinio dalle ore …. alle ore ……

Ore settimanali previste ……… (*max 38 ore*)

Tempi di accessi ai locali aziendali (*indicare i giorni*) ………………………Periodo di tirocinio n. mesi …………...

dal………………………..al………………………………………… (*la durata del tirocinio non può superare i 18 mesi*)

**Consenso al trattamento dei dati del/della tirocinante da parte del soggetto ospitante, in applicazione del Regolamento (UE) 679/2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (regolamento generale sulla protezione dei dati)**

**Obblighi del/della tirocinante:**

* seguire le indicazioni dei tutor e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze;
* rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotti od altre notizie relative all’azienda di cui venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio;
* rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza;
* prendere atto che la frequenza non costituisce rapporto di lavoro;
* al termine del periodo di frequenza presso la struttura esterna, il medico in formazione specialistica dovrà consegnare al Consiglio della Scuola, per la valutazione di merito, una relazione sull’attività svolta e

un’attestazione sulla frequenza prestata.

**Obiettivi formativi e modalità di svolgimento del tirocinio**

* Conoscenze, abilità e competenze che ci si prefigge di acquisire (a cura della Scuola di Specializzazione):
* Piano delle attività formative del periodo di formazione (a cura della Scuola di Specializzazione):
* Sede e denominazione della Unità organizzativa o struttura assimilata (a cura della struttura ospitante):
* Modalità di supervisione e valutazione delle attività formative (a cura della struttura ospitante):

**Barrare il consenso**

data………………..

Firma per presa visione e accettazione del/della specializzando/a………………………………

Firma del tutor universitario………………………………………………………………………….

Firma del tutor aziendale…………………………………………………………………………………

Firma del Direttore/Direttrice della Scuola……………………………………………………………………

Firma e timbro del Soggetto Ospitante………………………………………………………………………..