COMPILARE IN STAMPATELLO
La presente non equivale ad autorizzazione

ASST Bergamo Ovest
c.a. SS Affari Generali e Legali
Ufficio Tirvosta
Piazzale Ospedale Luigi
Meneguzzo, n°1
24047 TREVIGLIO (BG)

Il/La sottoscritto/a

ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia ed incorre altresì nella decadenza dai benefici ottenuti

DICHIARA

☐ *di essere consapevole che **la mancata compilazione** di tutti i campi del presente modulo comporta il **mancato accoglimento automatico della domanda senza obbligo di ulteriore comunicazione ad opera dell'ASST Bergamo Ovest:***

Cognome	Nome
Data di nascita	Comune/stato estero di nascita
Cittadinanza	Cod. Fiscale

☐ **di essere residente/domiciliato in:**

Via/piazza			
Città:	Provincia	C.a.p.	Telefono:
E-mail peo:		Pec	

☐ **di frequentare il seguente corso di studi*:**

Corso di studio			
Nome Università/Scuola/Istituto			
Via/piazza			
Città:		Provincia	C.a.p.
E-mail peo:		Pec	

Convenzione stipulata con Deliberazione del Direttore Generale n_____del_____
In scadenza il _____

CHIEDE:

☐ **Di poter frequentare quale:**

☐ Nuovo tirocinante	☐ Già stato tirocinante
☐ Proroga	

Tipo di tirocinio:

☐ Tirocinio Curricolare Scuola Secondaria di Secondo Grado	☐ Tirocinio Universitario
Anno di corso: ☐ Primo ☐ Secondo ☐ Terzo ☐ Quarto ☐ Quinto	**Anno di corso:** ☐ Primo ☐ Secondo ☐ Terzo ☐ Quarto ☐ Quinto

che il tirocinio possa essere svolto presso:

_____	_____
Nome della Struttura	Sede
Dal _____ al _____	
Per ore settimanali _____	

A cura dell'Università/Scuola

Il legale rappresentante Sig/ Dott_____
dell'Ente_____
Con Sede Legale _____
Convenzionato con l'ASST Bergamo Ovest
come da Deliberazione Direttore Generale n. _____ in data _____
in scadenza al _____

DICHIARA CHE

La/Lo Studentessa/e Nome_____ Cognome_____

☐ per l'anno_____è iscritta/o al corso di studi in----------; anno di corso:_____;

☐ nell'espletamento dell'attività didattica durante il tirocinio pratico, il tirocinante è coperto da adeguata assicurazione civile verso terzi (Polizza n._____ stipulata in data_____con scadenza in data_____) e per infortuni (Polizza n._____ stipulata in data _____ con scadenza in data _____);

☐ la/o studente in data_____ha assolto all'obbligo sulla formazione generale e specifica in materia di tutela della salute e di sicurezza nei luoghi di lavoro, ai sensi dell'art. 37 del D.Lgs n° 81 del 09.04.2008;
lo studente, come da Convenzione stipulata ☐ deve ☐ non deve
integrare con il corso di formazione generale presso il soggetto ospitante.

DICHIARA ALTRESI'

Per quanto concerne la visita medica:

☐ necessita di visita da parte del medico competente

☐ di essere consapevole che la convenzione non necessita di visita da parte del Medico Competente in quanto l'attività non prevede esposizioni particolari, ma solo un'attività osservazionale

La/Il sottoscritta/o _____in qualità di rappresentante legale dell'Ente, consapevole degli effetti di legge in caso di dichiarazioni mendaci e/o non veritiere, dichiara di aver preso visione del regolamento pubblicato sul sito aziendale riguardante la regolamentazione dei tirocini presso l'ASST Bergamo Ovest e che la documentazione sopracitata sarà resa disponibile in qualsiasi momento su richiesta dell'ASST Bergamo Ovest.

Luogo, data _____

.....
Il Legale rappresentante)
Firma x esteso e leggibile e timbro Ente

CONSENSO INFORMATO

A cura del Tirocinante

Il/La sottoscritto/a Nome/Cognome_____ dichiara di:

- di aver preso visione del Regolamento aziendale riguardante i tirocini reperibile sul sito aziendale
- rispettare gli obblighi di riservatezza, sia durante, sia dopo lo svolgimento del tirocinio, nonché assicurare l'osservanza delle norme in materia d'igiene e sicurezza, e un certo decoro nell'abbigliamento;
- compilare giornalmente il registro presenze, se fornito dalla propria Scuola ed utilizzare il proprio badge ad ogni ingresso ed uscita dalla struttura secondo le indicazioni fornite;
- al termine del periodo del tirocinio, se richiesto, ricordare al tutor di compilare la scheda valutazione l'ultimo giorno e recapitarlo alla S.C. Risorse Umane – Settore Tirvosta;
- rispettare il seguente orario: 8.30 – 16.12. Eventuali modifiche dell'orario saranno concordate direttamente con il proprio tutor di riferimento (Lo/a studente frequenterà il tirocinio dal lunedì al venerdì rispettando gli orari di entrata e di uscita. Durante il tirocinio è possibile effettuare una pausa di circa 10/15 minuti, compatibilmente con le priorità dell'ufficio, una la mattina, una il pomeriggio);
- comunicare le assenze (malattie, imprevisti etc) per tempo, telefonicamente, solo al proprio tutor o a un collega d'ufficio;
- in caso di maternità, la tirocinante deve obbligatoriamente darne tempestiva comunicazione al tutor, al Medico competente, alla Scuola;
- in caso di infortunio recarsi al PS e poi informare tempestivamente la Scuola e il tutor;
- raggiungere gli obiettivi prefissati;
- mantenere rapporti corretti e rispettosi con tutti;
- rispettare gli ambienti, lo strumentario e le apparecchiature messe a disposizione;
- seguire scrupolosamente le indicazioni del tutor relativamente alla corretta gestione della modulistica e della documentazione.

Luogo, data _____ .....

(Il/La dichiarante)
Firma x esteso e leggibile

ALLA PRESENTE DOMANDA SI ALLEGANO I SOTTOELENCATI DOCUMENTI:

☐ Informativa Privacy del tirocinante – Mod2PODAZ12
☐ Progetto sintetico con descrizione delle finalità del tirocinio richiesto
☐ Copia documento di identità in corso di validità
☐ Copia codice fiscale
☐ altro _____

Luogo, data _____ .....

(Il/La dichiarante)
Firma x esteso e leggibile

AVVERTENZE:

- Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti con il provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 DPR 28/12/200, n°445 e s.m.i.).
- **E' obbligatoria la compilazione di TUTTI I CAMPI del presente modulo (AD ECCEZIONE DELLA PARTE DI COMPETENZA DELL'ASST) pena il mancato accoglimento automatico della domanda.**
- ***La presente domanda deve essere inoltrata tassativamente all'ufficio protocollo aziendale (personalmente e/o mezzo PEC) almeno 60 giorni prima della data ipotizzata quale inizio del tirocinio.***
- ***Non verranno accettate domande non adeguate: fotografie, etc.***

Parere Direttore / Responsabile Struttura di assegnazione

Il sottoscritto _____,

in qualità di Direttore / Responsabile _____,
(indicare denominazione Struttura)

preso atto di quanto dichiarato nell'istanza e delle valutazioni dei competenti Uffici/Responsabili:

☐ autorizza ☐ non autorizza la presente richiesta di tirocinio.

Nel caso di tirocinante già dipendente, il tirocinio dovrà essere effettuato **fuori orario di servizio.**

Individua il seguente Tutor Aziendale _____

Treviglio lì, ...

Timbro e Firma leggibile

Autorizzazione Responsabile Affari Generali e Legali

Il sottoscritto Dott. _____, in qualità di Responsabile Affari Generali e Legali

preso atto di quanto dichiarato nell'istanza e delle valutazioni dei competenti Uffici/Responsabili:

☐ autorizza ☐ non autorizza la presente richiesta di tirocinio.

Treviglio lì, ...

Timbro e Firma leggibile

