ASST Bergamo Ovest
c.a. **SC Risorse Umane – Ufficio Tirvosta**
P.le Ospedale Luigi Meneguzzo n°1 24047 TREVIGLIO (BG)

Il /La sottoscritto/a

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

valendosi delle disposizioni di cui al 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 di cui allo stesso D.P.R. sopra citato.

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;

✓ di essere residente in

Via /Piazza			
Città	Provincia	C.a.p.	Tel.
Email		Pec	

✓ di frequentare il seguente corso di studi:

Università		a.a.
E-mail	Pec	
CONVENZIONE IN ATTO CON DELIBERA N.		

✓ Di essere in possesso di:
- idonea copertura assicurativa contro gli infortuni in termini analoghi a quanto previsto dal D.P.R. 30.6.1965 n. 1124 e la copertura assicurativa per la responsabilità civile verso terzi".
- Idoneità fisica alla mansione rilasciata dal medico competente dell'ASST_____
- Aver assolto gli obblighi di cui all'art. 36 e 37 del D.Lgs. 81/2008 riguardanti rispettivamente " informazione ai lavoratori" e "formazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti": attestato di formazione al corso obbligatorio "Rischio Elevato" .

✓ Di essere dipendente di :_____

✓ Di ☐ avere ☐ non avere già effettuato ore in attività di servizio inerenti allo specifico Master.

Tutta la documentazione sopracitata è disponibile a richiesta dell'Azienda.

CHIEDE

Di poter essere ammesso a svolgere il proprio tirocinio in presenza presso:

REPARTO/SERVIZIO	PERIODO	SEDE
	Dal al	

Il/La sottoscritto/a_____ **dichiara di impegnarsi a**:

• tenersi aggiornato per tutta la durata del tirocinio mediante la visione e lo studio di tutta la documentazione presente sul sito internet www.asst-bgovest.it, riferita all'attività di tirocinio;
•rispettare gli obblighi di riservatezza (Reg. 17 disponibile sul sito aziendale in "Amministrazione Trasparente"), sia durante, sia dopo lo svolgimento del tirocinio;
•**rispettare i regolamenti aziendali**, le norme in materia d'igiene e sicurezza e un certo decoro nell'abbigliamento;
•**per il tirocinio presso l'Ospedale di Treviglio o Romano, a ritirare il ticket per l'acquisto dei buoni mensa c/o S.C. Gestione Acquisti (Palazzina Uffici). La pausa mensa è di mezz'ora e i buoni, non cedibili, potranno essere acquistati a partire dal giorno di inizio tirocinio;**
•compilare giornalmente il registro presenze, se fornito dalla propria Università/Scuola ed **utilizzare il badge da ritirare all'Ufficio Presenze/Assenze (Palazzina Uffici), ad ogni ingresso ed uscita dalla struttura** secondo le indicazioni fornite e **riconsegnarlo al termine del tirocinio insieme alla divisa se prevista**;
•al termine del periodo del tirocinio ricordare al tutor di compilare la scheda valutazione/relazione di stage;
•**rispettare l'orario concordato** (altre necessità saranno concordate direttamente con il proprio tutor di riferimento);
•**comunicare tempestivamente le assenze** (malattie, maternità, imprevisti etc.) al proprio tutor o a un collega e al Coordinatore;
•**nel caso di frequenza in Laboratorio o Strutture Ospedaliere, indossare una divisa/camice portato da casa;**
•**in caso di infortunio sul lavoro o a rischio biologico (giorni 0) avvisare immediatamente il proprio tutor aziendale e Coordinatore del reparto/servizio, recarsi al Pronto Soccorso e avvisare il tutor Universitario/Università/Scuola;**
•raggiungere gli obiettivi prefissati;
•mantenere rapporti corretti e rispettosi con tutti;
•rispettare gli ambienti, lo strumentario e le apparecchiature messe a disposizione;
•**essere responsabile dell'armadietto che verrà lasciato vuoto e pulito, al termine del tirocinio.**

Treviglio lì, ...

.....
(Il/La dichiarante)
Firma x esteso e leggibile

Vista la richiesta dello studente:_____

il DAPSS individua il seguente Tutor Aziendale

SERVIZIO	PERIODO	TUTOR AZIENDALE
	Dal al	

Il Responsabile Direttore del Dipartimento/DAPSS

Il sottoscritto:_____, in qualità di Direttore del DAPSS

preso atto di quanto dichiarato nell'istanza e valutata la disponibilità

tirocinante esterno

☐ approva ☐ non approva la presente richiesta di tirocinio

tirocinante già dipendente: tirocinio da effettuarsi FUORI orario di servizio

☐ approva ☐ non approva la presente richiesta di tirocinio

Treviglio lì, ...

.....
(Il/La Direttore)
Timbro e Firma

Il Responsabile AAGGLL

Il sottoscritto:_____, in qualità di Responsabile della SS AAGGLL

☐ autorizza ☐ non autorizza il tirocinio

Treviglio lì, ...

.....
(Il/La Responsabile)
Timbro e Firma

Alla presente si allega Mod2PODAZ12 " INFORMATIVA PRIVACY Regolamento 679/2016/UE - INFORMATIVA INTERESSATI PERSONALE VOLONTARIO E TIROCINANTE" debitamente compilato e firmato e il PROGETTO FORMATIVO.