La presente non equivale ad autorizzazione

ASST Bergamo Ovest
c.a. SS Affari Generali e Legali
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

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 in merito alla domanda del tirocinio nonché la mancata sottoscrizione del presente

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.	Telefono:
E-mail* peo:		Pec	

di essere domiciliato in:(se diverso da la residenza)

Via/piazza		
Città:	Provincia	C.a.p.

di frequentare il seguente corso di studi:

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

Convenzione del _____Deliberazione del Direttore Generale n_____In scadenza in data_____

CHIEDE DI POTER FREQUENTARE QUALE:

☐ Nuovo tirocinante	☐ Rinnovo

Tipo di tirocinio

☐ Tirocinio Universitario post laurea	☐ Tirocinio Scuola di Specializzazione in Psicoterapia.
☐ Tirocinio Universitario pratico valutativo pre laurea	
☐ Tirocinio Master Universitario Post Scuola di Specializzazione in Psicoterapia	☐ Primo ☐ Secondo ☐ Terzo ☐ Quarto
☐ Sì, in forza presso la Struttura _____ Sede_____	☐ No

1) che il tirocinio possa essere svolto presso:

_____ _____

Nome Struttura : SSD PSICOLOGIA CLINICA
sede principale (barrare):

☐ Casa di Comunità-Cure Primarie
☐ Ospedali di Comunità
☐ Presidi Ospedalieri Treviglio e Romano di L.dia
☐ SD Coordinamento Attività Consultoriali
☐ SC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
☐ SC Servizio Territoriale delle Dipendenze-SERD
☐ SC Psichiatria Sud Ovest nei servizi: CPS, CRA, CD
☐ SC Psichiatria Nord Est nei servizi: CPS, CRA, CD

e tutte le seguenti sedi territoriali (da barrare esclusa la principale):
☐ Casa di Comunità-Cure Primarie
☐ Ospedali di Comunità
☐ Presidi Ospedalieri Treviglio e Romano di L.dia
☐ SD Coordinamento Attività Consultoriali
☐ SC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
☐ SC Servizio Territoriale delle Dipendenze-SERD
☐ SC Psichiatria Sud Ovest nei servizi: CPS, CRA, CD
☐ SC Psichiatria Nord Est nei servizi: CPS, CRA, CD

Dal_____al _____Per ore totali_____

di aver preso contatti con La/Il **Referente tutor del Servizio specialistico** Dr.ssa/Dr._____ di aver individuato in qualità di Tutor di tirocinio la/il Dr.ssa/Dr. _____

A CURA DELL'UNIVERSITÀ/SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE

La/Il Sottoscritta/o_____in qualità di Rappresentante Legale o Suo Delegato

dell'Ente Formativo_____con sede legale a_____,

alla luce di quanto indicato dalla/o studentessa/e _____

e dal sottoscritto, approva la richiesta di tirocinio e

DICHIARA CHE:

(Barrare le caselle di interesse/necessarie del corso di studi frequentato)

☐ l'Ente cui rappresentoè convenzionato con l'ASST Bergamo Ovest a far data:_____

con scadenza in data_____n. Deliberazione Direttore Generale_____ _____

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

☐ La/o studentessa/eè iscritta/o all'ordine degli Psicologi/Medici di_____n._____
(solo per gli specializzandi/Master Post Specializzazione)

☐ di aver verificato che la/o la/o studentessa/te alla data odierna non abbia in corso provvedimenti disciplinari e/o sospensioni dall'Albo di appartenenza
(solo per gli specializzandi/Master Post Specializzazione)

☐ nell'espletamento dell'attività didattica durante il tirocinio pratico, la/il tirocinanteè coperto da adeguata assicurazione civile verso terzi e per infortuni. Pratica n_____

stipulata in data_____con scadenza in data_____

Luogo……data .....…. .....……..
(Il Legale rappresentante o Suo Delegato)
Firma x esteso e leggibile e timbro Ente

La/Il sottoscritta/o _____in qualità di rappresentante legale dell'Ente o Suo Delegato, consapevole degli effetti di legge in caso di dichiarazioni mendaci e/o non veritiere, dichiara di aver preso visione del regolamento REG26 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 o Suo Delegato
Firma x esteso e leggibile e timbro Ente

A CURA DEL TIROCINANTE

Il/La sottoscritto/a Nome/Cognome_____dichiara di:

- aver preso visione della documentazione aziendale riguardante i tirocini reperibile sul sito Aziendale
- tenere aggiornato per tutta la durata del tirocinio mediante la visione e lo studio di tutta la documentazione presente sul sito internet dell'ASST Bergamo Ovest (www.asst-bgovest.it) riferita all'attività di tirocinio;
- rispettare gli obblighi di riservatezza, 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;
- 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 SS AFFARI GENERALI E LEGALI– Settore Tirvosta;
- rispettare l'orario assegnato. Altre necessità saranno concordate direttamente con il proprio tutor di riferimento (Lo studente frequenterà il tirocinio dal lunedì al venerdì rispettando gli orari di entrata e di uscita; durante il tirocinioè possibile effettuare una pausa di circa 10/15 minuti, compatibilmente con le priorità del servizio, una la mattina, una il pomeriggio);
- comunicare le assenze (malattie, imprevisti etc) per tempo, telefonicamente, solo al proprio tutor o a un collega del servizio;
- in caso di maternità la tirocinante deve obbligatoriamente darne tempestiva comunicazione al tutor, al Medico competente, alla scuola e al Responsabile della SSD Psicologia clinica;
- 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 clinica.

Luogo…….. data .....…… .....…….

(Il/La dichiarante)
Firma x esteso e leggibile

ALLA PRESENTE DOMANDA SI ALLEGANO I SOTTOELENCATI DOCUMENTI:

☐ dichiarazione da parte del rappresentante legale dell'Ente/Università che attesti/dichiari la presenza di tutto quanto richiesto ai fini dell'accettazione del tirocinio
☐ dichiarazione assunzione di responsabilità da parte del tirocinante
☐ Mod2PODAZ12 "INFORMATIVA PRIVACY Regolamento 679/2016/UE - Informativa Interessati Personale Volontario e Tirocinante"
☐ progetto sintetico con descrizione delle finalità del tirocinio richiesto
☐ copia documento di identità in corso di validità
☐ copia codice fiscale
☐ attestazione corsi sulla sicurezza nei luoghi di lavoro (in assenza presentazione della richiesta di effettuazione in ASST)
☐ certificato rilasciato dal Medico del lavoro di idoneità allo svolgimento delle mansioni richieste dal tirocinio in corso di validità
☐ richiesta di visita di idoneità allo svolgimento delle mansioni richieste c/o l'ASST Bergamo Ovest
☐ richiesta di effettuare i corsi in ASST-BGOVEST sulla sicurezza nei luoghi di lavoro
☐ 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.***

VALUTAZIONE DOMANDA E DOCUMENTAZIONE DELL'ISTRUTTORIA
SS AFFARI GENERALI E LEGALI– SETTORE TIRVOSTA

☐ Domanda di tirocinio compilata in ogni sua parte
☐ Dichiarazione da parte del rappresentante legale dell'Ente/Università che attesti/dichiari la presenza di tutto quanto richiesto ai fini dell'accettazione del tirocinio
☐ Dichiarazione assunzione di responsabilità da parte del tirocinante
☐ Mod2PODAZ12 "INFORMATIVA PRIVACY Regolamento 679/2016/UE - Informativa Interessati Personale Volontario e Tirocinante"
☐ Progetto sintetico con descrizione delle finalità del tirocinio richiesto;
☐ Copia documento di identità in corso di validità
☐ Copia codice fiscale
☐ Attestazione corso sulla sicurezza nei luoghi di lavoro (in assenza presentazione della richiesta di effettuazione in ASST)
☐ Convenzione ASST/Ente formativo presente e in corso di validità;
☐ certificato rilasciato dal Medico del lavoro di idoneità allo svolgimento delle mansioni richieste dal tirocinio
☐ richiesta di visita c/o l'ASST Bergamo Ovest
☐ Altro _____
☐ Altro_____

La presente domanda, acquisita con protocollo n._____del_____, verificata la presenza di tutta la documentazione sopradescritta come da procedura, risulta essere:

☐ **completa e idonea**

☐ **non completa e non idonea per i seguenti motivi:**

☐ _____
☐ _____
☐ _____
☐ _____
☐ _____

☐ La/il tirocinante richiede l'idoneità fisica alla mansione presso la nostra azienda

☐ La/il tirocinante richiede di poter svolgere i corsi sulla sicurezza presso la nostra azienda

_____ Il Funzionario della pratica:_____
Luogo e data Firma

Parere Responsabile SSD Psicologia Clinica

La/Il sottoscritta/o vista la richiesta dell'Ente/studente e, in accordo con il Responsabile del Servizio ospitante, approva il tutor aziendale sottomenzionato individuato dalla/l Referente tutor del Servizio specialistico:

Cognome Nome		
e-mail		
inquadramento	☐ dipendente a tempo indeterminato	☐ dipendente a tempo determinato

e ha anche verificato che al tutor aziendale prescelto non sono stati affidati più di cinque tirocinanti compreso il firmatario del presente documento e individua i Rischi specifici per cui è richiesta Sorveglianza Sanitaria

Necessaria visita preventiva dal Medico Competente	☐ SI':	☐ NO:
	☐ Nuovo tirocinante	☐ Già tirocinante
	☐ Scaduta	☐ Già eseguita dall'Ente/Scuola di provenienza

Tirocinante dipendente dell'ASST Bergamo Ovest Sì ☐ No ☐ Tirocinio fuori orario di servizio Sì ☐

Treviglio lì, ...

.....
(La/Il Responsabile della SSD Psicologia Clinica)
Timbro e Firma leggibile

La/Il sottoscritta/o _____

in qualità di Direttore del _____

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

☐ autorizza ☐ non autorizza la presente richiesta di tirocinio.

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