



Al Coordinatore Didattico del Corso di Studio in Infermieristica

PROPOSTA DI NOMINA ASSISTENTE DI TIROCINIO a.a. 2022-23

Il sottoscritto/a _____ nato a _____ () il _____
dipendente dell'ASST/Ente convenzionato _____
Struttura/Reparto _____ recapito telefonico (cellulare): _____
indirizzo e-mail: _____ Iscrizione all'OPI di _____ n. _____

CHIEDE, per l'anno accademico **2022-23** la nomina ad **assistente di tirocinio** per il CDS in Infermieristica.

A tal fine dichiara:

TITOLO/I DI STUDIO						
Diploma IP <input type="checkbox"/>	DUSI/DUI <input type="checkbox"/>	Laurea per Infermiere/in Infermieristica <input type="checkbox"/>				
Conseguito ilPresso						
Master I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	livello in.....				
Conseguito il.....Presso.....						
Master I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	livello in				
Conseguito il.....Presso.....						
Laurea Spec./Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche						
Conseguita il.....Presso.....						
Altra Laurea in _____						
Conseguita il.....Presso.....						
ESPERIENZA PROFESSIONALE (ultimi 10 anni dalla più recente)						
Ente	Reparto/U.O	dal	al	(anni	mesi)
Ente	Reparto/U.O	dal	al	(anni	mesi)
Ente	Reparto/U.O	dal	al	(anni	mesi)
Ente	Reparto/U.O	dal	al	(anni	mesi)
Di aver già svolto attività di Assistente di Tirocinio NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> nello/negli AA: _____						
FORMAZIONE IN AMBITO TUTORIALE						
<i>Partecipazione a corsi specifici su tematiche legate alla formazione in ambito clinico (funzioni e ruolo del tutor/assistente di tirocinio, strategie di facilitazione apprendimento in tirocinio, valutazione etc..).</i>						
<input type="checkbox"/> No, mai <input type="checkbox"/> SI, organizzata da ASST-Mantova <input type="checkbox"/> SI, fuori sede						
<input type="checkbox"/> Negli ultimi 3 anni <input type="checkbox"/> più di 3 anni fa						

Il sottoscritto si impegna a svolgere con impegno e competenza tale funzione; si impegna a partecipare ai momenti di valutazione dello studente, agli incontri organizzati dal CDS e a partecipare ad almeno 1 evento formativo nell'ambito della specifica funzione, organizzato dal Corso di studio o altro ente accreditato, ogni 3 anni, dandone comunicazione al Corso di Studio; si impegna inoltre a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione sopraggiunta ai dati sopra riportati; autorizza il trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento U.E. n.679/2016 per le finalità connesse alla gestione dell'attività di Assistente al Tirocinio; accetta di svolgere la funzione di assistente al tirocinio alle condizioni e regole previste dalla normativa vigente e dai regolamenti universitari e della propria Azienda Socio Sanitaria Territoriale/Ente in convenzione.

Data, _____

(firma)

SPAZIO RISERVATO AL COORDINATORE di STRUTTURA/U.O.

Si esprime parere FAVOREVOLE

Il Coordinatore data _____ (firma)