



Al Direttore Didattico del Corso di Studio in Infermieristica

PROPOSTA DI NOMINA ASSISTENTE DI TIROCINIO a.a. 2023-24

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 **2023-24** 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)