



PROPOSTA DI NOMINA ASSISTENTE DI TIROCINIO a.a. 2024-25

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 **2024-25** la nomina ad **assistente di tirocinio** per il CDS in Infermieristica.

A tal fine dichiara:

TITOLO/I DI STUDIO

Diploma IP ☐ DUSI/DUI ☐ Laurea per Infermiere/in Infermieristica ☐

Conseguito ilPresso

Master I ☐ II ☐ livello in.....

Conseguito il.....Presso.....

Master I ☐ II ☐ 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 ☐ SI ☐ nello/negli AA: _____

FORMAZIONE IN AMBITO TUTORIALE

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..).

☐ No, mai

☐ SI, organizzata da ASST-Mantova

☐ SI, fuori sede

☐ Negli ultimi 3 anni

☐ 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)