**UFFICIO PROTOCOLLO**

**ASST DI MANTOVA**

**Strada Lago Paiolo n. 10**

**46100 Mantova**

protocollogenerale@asst-mantova.it

Il /La sottoscritto/a

|  |  |
| --- | --- |
| **AGENZIA FORMATIVA ………………………………………………………………………………….**  **SEDE OPERATIVA DI ………………………(…**), ……………………………………. n. ……. - C.A.P. ………………… | |
| P.I. …………………………………………. | |
| Rappresentato/a da  **………………………………………………….** | Nato/a **…………………………………………………………** |

*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 MANTOVA e che gli allievi;
* potranno svolgere le ore di tirocinio dal lunedì al sabato (escluse le **notti** e **festivi**) per un massimo di 8 h al giorno e un massimo di 40 h a settimana;
* sono in possesso di attestato di formazione in materia di salute e sicurezza di 16 ore ad alto rischio ai sensi del D.lgs 81/08 e formazione addestramento DPI;
* sono in possesso di Idoneità sanitaria alla mansione.

**CHIEDE**

Di poter accogliere in tirocinio i seguenti allievi iscritti al Corso di Qualifica/Riqualifica OSS:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMINATIVI ALLIEVI** | **PERIODO E TOT ORE** | **SEDE** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Il/La sottoscritto/a **dichiara** che gli allievi si impegneranno a:

* svolgere le attività previste dal progetto formativo e di orientamento;
* rispettare i regolamenti aziendali, rispettare le norme in materia di igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro, e un certo decoro nell’abbigliamento;
* rispettare gli obblighi di riservatezza, sia durante, sia dopo lo svolgimento del tirocinio;
* attenersi alle indicazioni fornite dal tutore dell’Agenzia Formativa e dal Tutor aziendale;
* ottemperare alle disposizioni contenute nel Codice Etico dell’Azienda e nel Codice di Comportamento adottato dalla medesima ai sensi dell’art. 54 del D.Lgs n. 165/2001 ed in conformità al DPR n. 62 del 16.04.2013
* compilare giornalmente il registro presenze fornito dall’Agenzia Formativa;
* al termine del periodo del tirocinio ricordare al tutor aziendale di compilare la scheda valutazione;
* rispettare l’orario concordato e dichiarato sul progetto formativo sottoscritto dalle parti, altre necessità saranno concordate direttamente con il proprio tutor di riferimento;
* indossare correttamente la vestizione fornita dall’ASST di Mantova – “CAPI SCORTA”;
* in caso di infortunio recarsi al PS e poi informare l’Agenzia Formativa di riferimento;
* raggiungere gli obiettivi prefissati;
* mantenere rapporti corretti e rispettosi con tutti;
* rispettare gli ambienti, lo strumentario e le apparecchiature messe a disposizione;

Mantova lì, .......................…. ..............................................

(Il/La dichiarante)

Firma per esteso e leggibile

*Contatti Struttura Complessa DAPSS:* e.mail - [dapss@asst-mantova.it](mailto:dapss@asst-mantova.it)

# Vista la richiesta pervenuta dall’Agenzia Formativa di:

# il DAPSS individua i seguenti Tutor Aziendali

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMINATIVO ALLIEVO** | **SERVIZIO** | **TUTOR** **AZIENDALE** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**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

□ approva

□ non approva la presente richiesta di tirocinio

Mantova lì, .......................….

...............................................…..…..

(Il/La Direttore) Timbro e Firma