**UFFICIO PROTOCOLLO**

**ASST DI MANTOVA**

**Strada Lago Paiolo n. 10**

**46100 Mantova**

protocollogenerale@asst-mantova.it

Il /La sottoscritto/a

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome | Nome |
| Data di nascita | Comune/Stato estero di nascita |
| Cittadinanza | Cod. Fiscale |

*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;
* di essere residente in

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Via /Piazza | | | |
| Città | Provincia | C.a.p. | Tel. |
| E-mail | | Pec | |

* di frequentare il seguente corso di studi:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| Università | | a.a. |
| E-mail | Pec | |
| CONVENZIONE IN ATTO CON DELIBERA N…………………………….(a cura dell’ASST di Mantova) | | |

* Di essere in possesso di:
  + idonea copertura assicurativa contro gli infortuni in termini analoghi a quanto previsto dal D.P.R. 30.6.1965 n. 1124 e la copertura assicurativa per la responsabilità civile verso terzi”.
  + idoneità fisica alla mansione rilasciata dal medico competente \_\_\_\_\_\_\_
  + aver assolto gli obblighi di cui all’art. 36 e 37 del D.Lgs. 81/2008 riguardanti rispettivamente “formazione ai lavoratori” formazione generale 4 ore e formazione specifica 12 ore – rischio alto ambito sanitario.
* Di essere dipendente di:

**CHIEDE**

Di poter essere ammesso a svolgere il proprio tirocinio in presenza presso:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **REPARTO/SERVIZIO** | **PERIODO** | **SEDE** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Il/La sottoscritto/a **dichiara** **di** **impegnarsi** **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 universitario e dal responsabile 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 e/o libretto Universitario;
* al termine del periodo del tirocinio ricordare al tutor aziendale di compilare la scheda valutazione e/o relazione di stage, l’ultimo giorno recapitarlo alla Segreteria della Struttura DAPSS per la chiusura della pratica;
* rispettare l’orario concordato e dichiarato sul progetto formativo sottoscritto dalle parti, altre necessità saranno concordate direttamente con il proprio tutor aziendale di riferimento;
* indossare correttamente la vestizione fornita dall’ASST di Mantova – “CAPI SCORTA”;
* in caso di infortunio recarsi al PS e poi informare l’Università di riferimento per l’apertura del sinistro;
* 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 dello studente:

# il DAPSS individua il seguente Tutor Aziendale

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SERVIZIO** | **PERIODO** | **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 (tirocinante esterno)

* prende atto (tirocinante già dipendente)
  + tirocinio da effettuarsi FUORI orario di servizio

Mantova lì, .......................….

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

(Il/La Direttore) Timbro e Firma