



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n 2 LANCIANO-VASTO – CHIETI

Via Martiri Lancianesi n 17/18 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

**DELIBERAZIONE DEL
DIRETTORE GENERALE**

N. 1202 DEL 08 OTT. 2011

Oggetto: **NUOVO REGOLAMENTO PER ESPLETAMENTO TIROCINI FORMATIVI E DI ORIENTAMENTO PRESSO LA ASL2 ABRUZZO Lanciano – Vasto - Chieti.- ANNO 2011**

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Francesco Nicola Zavattaro, nominato con delibera della Giunta Regionale d'Abruzzo n. 806 del 31 dicembre 2009 ai sensi del vigente Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTA l'allegata proposta di deliberazione di pari oggetto del Direttore/Responsabile dell'U.O.C. Sistemi Direzionali, datata 08 Agosto 2011;

DATO ATTO dell'attestazione di regolarità e legittimità dell'atto da parte del Dirigente Responsabile della predetta Unità Operativa, come acquisita in calce alla proposta medesima;

ACQUISITI i pareri espressi ed attestati in calce dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario Aziendale, per quanto di rispettiva competenza,

DELIBERA

di fare integralmente propria la menzionata proposta di deliberazione, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto e di disporre in conformità della stessa.

Parere favorevole _____

Il Direttore Amministrativo Aziendale

(Dott.ssa Silvia Cavalli)

Parere favorevole _____

Il Direttore Sanitario Aziendale

(Dott. Amedeo Budassi)

IL DIRETTORE GENERALE

(Dr. Francesco Nicola Zavattaro)



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n 2 LANCIANO-VASTO – CHIETI

Via Martiri Lancianesi n 17/18 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

Proposta di deliberazione per il
Direttore Generale

Oggetto: NUOVO REGOLAMENTO PER ESPLETAMENTO TIROCINI FORMATIVI E DI ORIENTAMENTO PRESSO LA ASL2 ABRUZZO Lanciano – Vasto - Chieti.- ANNO 2011

Il Dirigente/Responsabile dell'UOC Sistemi Direzionali, previa istruttoria e attestazione di legittimità e regolarità tecnica del provvedimento,

PREMESSO CHE: con Delibera n° 322 del 31 Marzo 2011, le attività Formative sono state attribuite alla UOC Sistemi Direzionali;

VISTE le disposizioni vigenti in materia di diritto - dovere di istruzione e formazione di Tirocinanti e/o Stagisti di cui all'art.1 del DM n.142/98

PRESO ATTO

- che le attività di Stage o Tirocini Formativi, rappresentano uno strumento di connessione, tra scuola e lavoro, che consentono al giovane di acquisire importanti conoscenze professionali, attraverso l'esperienza pratica;
- che tali attività devono essere tuttavia regolamentate per consentire il regolare svolgimento delle attività all'interno dell'Azienda ASL2 Abruzzo Lanciano – Vasto – Chieti, consentendo equità nell'accesso a tutti i richiedenti;
- che per regolamentare le modalità di svolgimento dei tirocini occorre precisare quanto segue:

1) Le Convenzioni per lo svolgimento di attività di tirocinio e/o Stage Formativi, con la ASL 2 Abruzzo Lanciano Vasto Chieti, istituita con Delibera della Giunta Regionale n° 796 del 28/12/2009, devono essere proposte secondo il nuovo modello Fax-Simile Convenzioni, pubblicato sul Sito Aziendale ed allegato al presente atto. Tutte le convenzioni stipulate prima di tale data, dovranno essere formalmente rinnovate alla scadenza secondo le nuove procedure.

2) La percentuale dei Tirocinanti da inserire all'interno della ASL2 Abruzzo, come stabilito dal D.M. 25/03/1998 n° 142, è stabilito nella misura del 20% dei dipendenti assunti a tempo indeterminato per anno di riferimento.

3) I Tirocini potranno essere richiesti, solo dopo Presa d'Atto della Convenzione da parte della Direzione Generale, utilizzando l'apposita documentazione predisposta dall'U.O.C. Sistemi Direzionali, che dovrà essere inviata 30 giorni prima dell'inizio del tirocinio, unitamente al Progetto Formativo redatto a cura del Soggetto Promotore.

4) Non verranno prese in considerazione istanze incomplete e/o pervenute prive delle dovute autorizzazioni. Per l'area del comparto i Progetti Formativi e le richieste di tirocinio dovranno essere autorizzate dal SAPS Formazione o dal responsabile del servizio ove il tirocinio viene svolto.



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n 2 LANCIANO-VASTO – CHIETI

Via Martiri Lancianesi n 17/18 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

5) *A fine tirocinio sarà compito dell'UOC Sistemi Direzionali, previa opportuna verifica della convenzione in atto e dei requisiti necessari, certificare l'espletamento del tirocinio rilasciando il relativo certificato, dietro attestazione del Tutor Aziendale che ha seguito il Tirocinante, e del Direttore dell'UOC ove si è svolto il tirocinio nonché, per i tirocinanti afferenti all'Area del Comparto, sarà necessaria l'attestazione a cura del referente della formazione delle Professioni Sanitarie (SAPS) che ne ha autorizzato lo svolgimento;*

6) *I tirocini formativi, in riferimento ai dipendenti della ASL 2 Abruzzo Lanciano – Vasto – Chieti, così come stabilito dalla normativa in materia, non potranno essere svolti in orario di servizio e presso le Unità Operative dove gli stessi prestano la loro opera.*

RILEVATO CHE

- *Le attività di tirocinio/Stage non comportano oneri economici a carico dell'Azienda Ospitante, nella fattispecie della ASL2 Abruzzo Lanciano – Vasto – Chieti;*

- *Il servizio proponente si riserva di adeguare le disposizioni regolamentari alle necessità che potranno successivamente emergere, con specifico atto integrativo.*

La modulistica che dovrà accompagnare l'iter di svolgimento del tirocinio è quella indicata nei seguenti allegati

A: Fax – Simile Convenzione tirocinio di Formazione ed Orientamento con ASL2 Abruzzo Lanciano – Vasto – Chieti.

B: Modello 1.Tirocinio; Modello 2 Tirocinio; Modello 3 Tirocinio; Modello 4 Tirocinio; Modello 5 Tirocinio; Modello 6 Tirocinio; Modello 7 Tirocinio; Presenze Tirocinio.

PROPONE DI DELIBERARE QUANTO SEGUE:

per tutti i motivi esplicitati in narrativa e che debbono intendersi per integralmente riportati e trascritti nel presente dispositivo,

Di adottare le disposizioni citate in premessa per regolamentare in via generale le modalità operative per lo svolgimento dei tirocini nella azienda asl Lanciano-Vasto- Chieti stabilendo che:

1) *Le Convenzioni per lo svolgimento di attività di tirocinio e/o Stage Formativi, con la ASL 2 Abruzzo Lanciano Vasto Chieti, istituita con Delibera della Giunta Regionale n° 796 del 28/12/2009, devono essere proposte secondo il nuovo modello Fax-Simile Convenzioni, pubblicato sul Sito Aziendale ed allegato al presente atto. Tutte le convenzioni stipulate prima di tale data, dovranno essere formalmente rinnovate alla scadenza secondo le nuove procedure.*

2) *La percentuale dei Tirocinanti da inserire all'interno della ASL2 Abruzzo, come stabilito dal D.M. 25/03/1998 n° 142, è stabilito nella misura del 20% dei dipendenti assunti a tempo indeterminato per anno di riferimento.*

3) *I Tirocini potranno essere richiesti, solo dopo Presa d'Atto della Convenzione da parte della Direzione Generale, utilizzando l'apposita documentazione predisposta dall'U.O.C. Sistemi Direzionali, che dovrà essere inviata 30 giorni prima dell'inizio del tirocinio, unitamente al Progetto Formativo redatto a cura del Soggetto Promotore.*



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO-VASTO – CHIETI

Via Martiri Lancianesi n 17/18 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

4) *Non verranno prese in considerazione istanze incomplete e/o pervenute prive delle dovute autorizzazioni. Per l'area del comparto i Progetti Formativi e le richieste di tirocinio dovranno essere autorizzate dal SAPS Formazione o dal Responsabile del Servizio ove il tirocinio viene svolto.*

5) *A fine tirocinio sarà compito dell'UOC Sistemi Direzionali, previa opportuna verifica della convenzione in atto e dei requisiti necessari, certificare l'espletamento del tirocinio rilasciando il relativo certificato, dietro attestazione del Tutor Aziendale che ha seguito il Tirocinante, e del Direttore dell'UOC ove si è svolto il tirocinio nonché, per i tirocinanti afferenti all'Area del Comparto, sarà necessaria l'attestazione a cura del referente della formazione delle Professioni Sanitarie (SAPS) che ne ha autorizzato lo svolgimento;*

6) *I tirocini formativi, in riferimento ai dipendenti della ASL 2 Abruzzo Lanciano – Vasto – Chieti, così come stabilito dalla normativa in materia, non potranno essere svolti in orario di servizio e presso le Unità Operative dove gli stessi prestano la loro opera;*

Di disporre la pubblicazione sul sito Aziendale di un Fax simile di Convenzione, nonché della modulistica attinente di cui agli allegati:

A: Fax – Simile Convenzione tirocinio di Formazione ed Orientamento con ASL2 Abruzzo Lanciano – Vasto – Chieti

B: Modello 1.Tirocinio; Modello 2 Tirocinio; Modello 3 Tirocinio; Modello 4 Tirocinio; Modello 5 Tirocinio; Modello 6 Tirocinio; Modello 7 Tirocinio; Presenze Tirocinio.

Di precisare che le attività di tirocinio/Stage non comportano oneri economici a carico dell'Azienda Ospitante, nella fattispecie della ASL2 Abruzzo Lanciano – Vasto – Chieti.

Di trasmettere copia del presente provvedimento ai Sistemi Direzionali ed al Collegio Sindacale.

La presente deliberazione consta di n. 4 pagine e di n. 2 allegati.

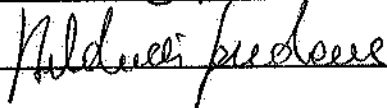
I Responsabili del procedimento

(Dott.ssa Edda Primavera)

(Dott.ssa Balducci Loredana)

Data 08/08/2011

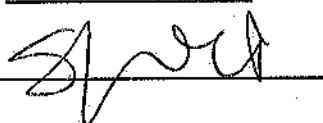
Firma 

Firma 

II Responsabile UOC Sistemi Direzionali

(Dott.ssa Spadaccini Maria Tiziana)

Data _____

Firma 



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO-VASTO – CHIETI

Via Martiri Lancianesi n. 17/18 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

CONTROLLO DI BUDGET

Si attesta, previa verifica, che il costo derivante dal presente atto trova sufficiente capienza all'interno del budget assegnato sul C.E. n. del bilancio (anno)

Il Direttore/Responsabile U.O. _____

Firma _____

RISCONTRO CONTABILE

Si attesta l'esecuzione del riscontro di regolarità contabile e di verifica e/o effettuazione delle scritture contabili anche ai fini della liquidazione e del pagamento.

Il Direttore e/o Responsabile dell' U.O.

Della sujestesa deliberazione viene iniziata la pubblicazione il giorno

19 OTT. 2011

con prot. n. 58806

all'Albo della ASL per rimanere ivi affissa per 15 giorni consecutivi ai sensi della L. n. 267/2000 e della L.R. n. 28/1992.

La sujestesa deliberazione diverrà esecutiva a far data dal decimo giorno successivo alla pubblicazione.

La sujestesa deliberazione è stata dichiarata "immediatamente eseguibile".

Il Funzionario preposto



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n 2 LANCIANO-VASTO – CHIETI

Via Martiri Lancianesi n 17/18 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

CONVENZIONE TIROCINIO DI FORMAZIONE ED ORIENTAMENTO

(Art. 3, quinto comma, del Decreto dei Ministri del lavoro e della Previdenze Sociale n° 142 del 25.03.08)

TRA

....., con sede legale in..... Via
.....n° Codice Fiscale, n°, d'ora in poi
denominato " Soggetto Promotore ", rappresentata dal Rettore/ Rappresentante Legale
Prof/Dott.e per Delega dal Preside della Facoltà di, Prof.
....., con sede in, Vian°.....

E

ASL2 Abruzzo Lanciano – Vasto – Chieti con sede Legale in Chieti Via Martiri Lancianesi
17/19 Partita IVA 02307130696, d'ora in poi denominato "Soggetto Ospitante"
rappresentata dal Direttore Generale Dott. Zavattaro Francesco Nicola Nato a Castiglione
a Casauria (Pe) il 28/01/1957 e Residente a Milano.

PREMESSO

Che al fine di agevolare le scelte professionali mediante conoscenza diretta del mondo del
lavoro e realizzare momenti di alternanza tra studio e lavoro nell'ambito dei processi
formativi, i soggetti richiamati all'art. 18, comma 1, lettera a) della legge 24 Giugno 1997 n°
196, possono promuovere tirocini di formazione ed orientamento in impresa a beneficio di
coloro che abbiano già assolto l'obbligo scolastico ai sensi della legge 31 Dicembre 1962
n° 1859.

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1

Ai sensi dell'art. 18 della legge 24 Giugno 1997, n° 196 la ASL2 Abruzzo Lanciano – Vasto
– Chieti è disponibile ad accogliere presso le sue strutture dei soggetti in tirocinio di
formazione ed orientamento su proposta del/della.....
di ai sensi dell'art. 5 del decreto attuativo dell'art. 18 della L. 196
del 1997. Il soggetto si impegna inoltre a rispettare la proporzione numerica lavoratori
assunti a tempo indeterminato/tirocinanti ai sensi dell'art. 1 comma 3, del D.M. 25/03/1998
n° 142.

Art.2



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n 2 LANCIANO-VASTO – CHIETI

Via Martiri Lanclanesi n 17/18 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

- 1- Il tirocinio formativo e di orientamento, ai sensi dell'art.18, comma 1 lettera d) della legge 196 del 1997, non costituisce in alcun modo rapporto di lavoro.
- 2- Durante lo svolgimento del tirocinio l'attività di formazione ed orientamento è seguita e verificata da un tutore designato dal soggetto promotore in veste di responsabile didattico- organizzativo, e da un responsabile aziendale, indicato dal soggetto ospitante.
- 3- Per ciascun tirocinante inserito nell'impresa ospitante, in base alla presente Convenzione viene predisposto un progetto formativo e di orientamento contenente:
 - Il nominativo del tirocinante;
 - I nominativi del tutore e del responsabile aziendale;
 - Obiettivi e modalità di svolgimento del tirocinio, con l'indicazione dei tempi di presenze in azienda;
 - Le Strutture aziendali (Stabilimenti, Sede, Reparti, Uffici,) presso cui si svolge il tirocinio;
 - Gli estremi identificativi delle assicurazioni INAIL e per la Responsabilità Civile verso terzi.

Art. 3

Durante lo svolgimento del tirocinio formativo e di orientamento, il tirocinante è tenuto a:

- Svolgere le attività previste dal progetto formativo e di orientamento;
- Rispettare le norme in materia di igiene, sicurezza e salute nei luoghi di lavoro;
- Mantenere la necessaria riservatezza per quanto attiene ai dati, informazioni o conoscenze in merito a processi produttivi e /o prodotti, acquisiti durante lo svolgimento del tirocinio.

Qualora si verificassero, da parte del tirocinante, comportamenti lesivi di diritti o interessi del soggetto ospitante, questi potrà, previa informazione al tutore incaricato dall'Università, sospendere e interrompere lo svolgimento del tirocinio. Nel caso di risoluzione anticipata del Progetto Formativo e di Orientamento il tirocinante è tenuto a darne comunicazione scritta al soggetto promotore e al soggetto ospitante.

Art. 4

- 1- Il soggetto promotore assicura il/i tirocinante/i contro gli infortuni sul lavoro presso INAIL, nonché per la Responsabilità Civile presso Compagnie Assicurative operanti nel settore. In caso di incidente durante lo svolgimento del tirocinio, il soggetto ospitante si impegna a segnalare l'evento, entro i tempi previsti dalla normativa vigente, agli istituti assicurativi (facendo riferimento al numero della polizza sottoscritta dal soggetto promotore) ed al soggetto promotore.
- 2- Il soggetto promotore si impegna a far pervenire alla Regione o alla Provincia delegata, alle strutture provinciali del Ministero del lavoro e della Previdenze Sociale competenti per il territorio in materia di ispezione, nonché alle rappresentanze sindacali aziendali, copia della Convenzione di ciascun progetto formativo e di orientamento.

Art. 5

L'Azienda o ente Ospitante si impegna a:

- Garantire allo stagista l'assistenza e la formazione necessaria al buon esito dello stage;
- Rispettare le norme antinfortunistiche e di igiene sul Lavoro;



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO-VASTO – CHIETI

Via Martiri Lancianesi n. 17/18 66100 Chieti

C.F. e.P. Iva 02307130696

- Consentire al tutor dell'ente promotore di contattare lo stagista e il tutor aziendale per verificare l'andamento dello stage e per la stesura della relazione finale,
- Informare l'ente promotore di qualsiasi incidente possa capitare al tirocinante;

Art. 6

Il presente accordo decorre dalla data sotto indicata ed ha durata di un anno, con tacito rinnovo. Eventuali recessi devono essere espressi mediante lettera raccomandata, entro tre mesi dalla data di scadenza.

Ai sensi di legge il presente atto, vertendo in materia di formazione professionale, è esente da bollo.

Per tutto quanto non previsto dal presente accordo, le parti fanno riferimento alla legislazione vigente in materia.

Il

Il

Il Soggetto Promotore:

Ragione Sociale Soggetto Ospitante

Denominazione dell'ente
Promotore

Dott/Prof. **NOME e Cognome**
Firma e timbro Rapp. Ente Promotore

Firma del Legale Rappresentante

Timbro del Soggetto Ospitante



Azienda Sanitaria Locale

LANCIANO-VASTO-CHIETI

(L.R. 05/08)

Cod. Fisc. Part. IVA 02307130696

Mod. 1
Tirocinio

Richiesta TIROCINI - VOLONTARIATO - STAGE FORMATIVI

Ai Sistemi Direzionali
ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti
c/o Direzione Generale
SEDE

Il/la Sottoscritt_ _____ nat_ a _____

(Prov. _____) il ____/____/____ e residente a _____

in Via _____ Cap. _____

domiciliato a _____ in Via _____ Cap _____

(Tel. n° _____ Cell. n° _____ e-Mail: _____)

Iscritt_ / presso:

• Istituto _____

• Università _____

• Scuola di Specializzazione _____

Chiede di poter svolgere

Contrassegnare la situazione che interessa

- Tirocinio
- Frequenza Volontaria
- Stage Formativo
- Ricerche finalizzate per elaborazione tesi o documentazione di studio

Presso _____

Dal _____ al _____

Allega alla presente domanda (**): _____

Dichiara

- 1- di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso;
- 2- di non avere nei miei confronti provvedimenti di destituzione o dispensa presso la Pubblica Amministrazione;
- 3- di non avere rapporti di lavoro con questa Amministrazione o con altri Enti pubblici e o privati anche con occupazione a Tempo parziale / ovvero avere rapporti di lavoro con _____

Il/La sottoscritt_ si impegna, inoltre, in caso di ammissione, ed a pena di decadenza dell'autorizzazione, a presentare all'U.O.C. Sistemi Direzionali Staff. Formazione, una dichiarazione di responsabilità che solleva da ogni e qualsiasi responsabilità civile e/o penale la ASL 2 Abruzzo Lanciano - Vasto - Chieti, nonché una polizza Assicurativa per gli Infortuni e per la Responsabilità civile verso terzi, così come previsto dalle disposizioni di legge in merito alle attività di Tirocinio - Volontariato - Stage formativi.

Chieti, _____ (firma leggibile)

(*) Copia certificato di iscrizione/Diploma Scuola o Università e certificato abilitazione professionale o autocertificazione con **timbro** della Scuola o Università

Si allega copia Fronte/Retro di un valido documento di riconoscimento.



Azienda Sanitaria Locale

LANCIANO-VASTO-CHIETI

(L.R. 05/08)

Cod. Fisc. Part. IVA 02307130696

Mod. 2
Tirocinio

ESPRESSIONE DI PARERE

SERVIZIO (*) _____

Indirizzo : _____ Tel. _____

Al sensi dell'art. _____ del Regolamento approvato con Delibera n° _____ del _____

SI ESPRIME / NON SI ESPRIME PARERE FAVOREVOLE

Allo svolgimento di attività (Contassegnare la situazione che interessa):

- Tirocinio
- Frequenza Volontaria
- Stage Formativo
- Ricerche finalizzate per elaborazione tesi o documentazione di studio

Da parte del Sig./Sig.ra _____

Referente Tecnico (Tutor)..... _____

L'Attività può avere inizio il _____

Periodo dal _____ al _____

In caso di **diniego** specificare le motivazioni _____

Chieti, il _____

Il Responsabile UOC Sistemi Direzionali
Dott.ssa Spadaccini Tiziana

Il Responsabile di UO/UOC

Per il Comparto _____

I **SAPS Formazione/Area Comparto**

(*) Indicare il Dipartimento/Struttura Complessa – Nucleo Operativo o altro che consenta la chiara identificazione del luogo dove avviene il tirocinio o la frequenza volontaria.



Azienda Sanitaria Locale

LANCIANO-VASTO-CHIETI

(L.R. 05/08)

Cod. Fisc. Part. IVA 02307130696

Mod. 3
Tirocinio

DISPONIBILITA' ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' TUTORIALI ASL 2 ABRUZZO

La ASL 2 ABRUZZO Lanciano Vasto Chieti dichiara di essere disponibile a far svolgere il tirocinio allo/a studente _____

Nato/a a _____ Residente a _____

Per un Totale di _____ per il periodo dal _____ al _____

Sotto la Supervisione del Tutor _____ (Cognome e Nome)

Qualifica: _____ UOC di Appartenenza _____

PO di Appartenenza _____

Chieti il: _____

Responsabile UOC Sistemi Direzionali
Dott.ssa Spadaccini Tiziana

PARTE RISERVATA AL TUTOR

Il/La Dott./Dott.ssa _____ dipendente a tempo Indeterminato della

ASL 2 Abruzzo Lanciano - Vasto - Chieti In qualità di _____ in

servizio presso UO/UOC _____ dal _____ - Sede di _____

Matricola n° _____ dichiara di essere disponibile a seguire in qualità di TUTOR il tirocinante

_____ per un Totale di _____

E per il periodo riportato nella presente dichiarazione

FIRMA del TUTOR Leggibile



Azienda Sanitaria Locale

LANCIANO-VASTO-CHIETI

(L.R. 05/08)

Cod. Fisc. Part. IVA 02307130696

**Mod. 4
Tirocinio**

Dichiarazione di Responsabilità

Il / La sottoscritt _____

In relazione alla domanda di _____

Dichiaro di sollevare la ASL 2 Abruzzo Lanciano – Vasto – Chieti da qualsiasi responsabilità civile e/o penale e di mantenere la necessaria riservatezza per quanto attiene ai dati, informazioni o conoscenze in merito ai processi produttivi e prodotti, acquisiti durante lo svolgimento del tirocinio (D. Lgs.vo 30/06/03 n° 196 – Testo unico sulla Privacy).

Distinti Saluti

Chieti, _____

FIRMA leggibile



Azienda Sanitaria Locale

LANCIANO-VASTO-CHIETI

(L.R. 05/08)

Cod. Fisc. Part. IVA: 02307130696

Mod. 5
Tirocinio

Valutazione Finale Tirocinio

SERVIZIO

Indirizzo _____ Tel. _____

SI DICHIARA Che:

Il/La Sig. _____ Nat. _____ a _____

Il _____ / _____ / _____ autorizzato con Determina Dirigenziale n° _____ del _____

Ha svolto attività di (1) _____

In qualità di (2) _____

Presso l' UO/UOC/ Presidio Ospedaliero (3) _____

dal _____ al _____ (4), riportando il giudizio complessivo di _____

Con la seguente motivazione (5) _____

Il Referente Tecnico (Tutor)
Timbro e Firma

Il Dirigente Responsabile UO/UOC
Timbro e Firma

Responsabile UOC Sistemi Direzionali
Dott.ssa Spadaccini Tiziana

Chieti, _____

(1) Indicare se si tratta di tirocinio o frequenza volontaria.

(2) precisare, se allievo, di quale scuola e/o corso o, se laureato, in quale disciplina.

(3) specificare il reparto/divisione, e/o il nucleo Operativo.

(4) riportare le date dell'effettivo svolgimento del tirocinio/frequenza volontaria.

(5) riportare il giudizio complessivo.



Azienda Sanitaria Locale

LANCIANO-VASTO-CHIETI

(L.R. 05/108)

Cod. Fisc. Part. IVA 02307130696

Mod. 6
Tirocinio

Valutazione Finale Tirocinio Area Comparto Sanitario

SERVIZIO _____

Indirizzo _____ Tel. _____

Si **DICHIARA** Che:

Il/La Sig. _____ Nat _____ a _____

Il _____ / _____ / _____ autorizzato con Determina Dirigenziale n° _____ del _____

Ha svolto attività di (1) _____

In qualità di (2) _____

Presso l' UO/UOC/ Presidio Ospedaliero (3) _____

dal _____ al _____ (4), riportando il giudizio complessivo di _____

Con la seguente motivazione (5) _____

Il Referente Tecnico (Tutor)
Firma

SAPS Formazione/Area Comparto
Timbro e Firma

Responsabile UOC Sistemi Direzionali
Dott.ssa Spadaccini Tiziana

Chieti, _____

- (1) indicare se si tratta di tirocinio o frequenza volontaria.
- (2) precisare, se allievo, di quale scuola e/o corso o, se laureato, in quale disciplina.
- (3) specificare il reparto/divisione, e/o il nucleo Operativo.
- (4) riportare le date dell'effettivo svolgimento del tirocinio/frequenza volontaria.
- (5) riportare il giudizio complessivo.



Azienda Sanitaria Locale

LANCIANO-VASTO-CHIETI

(L.R. 05/08)

Cod. Fisc. Part. IVA 02307130696

Mod. 7
Tirocinio

VALUTAZIONE FINALE DA PARTE DEL TIROCINANTE

Il sottoscritto/a _____ - nato/a _____

Il _____ / _____ / _____ autorizzato con Determinazione Dirigenziale n° _____ del _____

Ha svolto attività (1) di _____

In qualità (2) di _____

Dal _____ al _____

Presso (3) la UO / UOC / Presidio Ospedaliero _____

ESPRIME

Il seguente giudizio sulla attività didattica di Tirocinio/Frequenza volontaria con la seguente motivazione (4)

(1) Indicare se si tratta di tirocinio o frequenza volontaria.

(2) precisare, se allievo, di quale scuola e/o corso o, se laureato, in quale disciplina.

(3) specificare il reparto/divisione, e/o il Nucleo operativo.

(4) riportare il giudizio complessivo.

Chieti, _____

FIRMA



Azienda Sanitaria Locale

LANCIANO-VASTO-CHIETI

(L.R. 05/08)

Cod. Fisc. Part. IVA 02307130696

Presenze
Tirocinio

Modulo registrazione presenze

DIPARTIMENTO / SERVIZIO / PRESIDIO OSPEDALIERO

SIG.RA/SIG. - DOTT.SSA / DOTT. _____

TIROCINIO

DATA	ORA INGRESSO	ORA USCITA	FIRMA TIROCINANTE	FIRMA TUTOR AZIENDALE

TOTALE ORE _____ DATA _____