



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI TRIESTE

Area dei Servizi Istituzionali
Settore Servizi agli Studenti e alla Didattica

**AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ FORMATIVE PRESSO
STRUTTURE CONVENZIONATE**

A CURA DELLO SPECIALIZZANDO La presente autorizzazione va compilata, in triplice copia, e sottoposta alla sottoscrizione degli interessati (oltre al tirocinante: il tutor universitario, il tutor aziendale, il Direttore della Struttura presso la quale si svolge il tirocinio, **ALMENO 15 GIORNI PRIMA** di recarsi a svolgere le attività formative fuori sede.

Una volta sottoscritto copia del presente modulo dovrà essere inviata via PEC (ateneo@pec.units.it) o consegnata *brevi manu* anche all'Ufficio Post Lauream.

La Direzione della Scuola di Specializzazione è tenuta a comunicare all'Azienda Sanitaria prima dell'inizio dell'attività formativa il nominativo dello specializzando ed il periodo ai fini della copertura antinfortunistica INAIL

Sezione I – SPECIALIZZANDO

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A IL: ____/____/____ A _____

RESIDENZA/RECAPITO: _____

TEL FISSO _____ CELL. _____ E-MAIL _____

ISCRITTO al _____ ANNO DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN _____

CONDIZIONI GENERALI PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ:

Durante la permanenza presso l'Azienda lo specializzando è tenuto a:

- 1) svolgere unicamente le attività rientranti nelle proprie competenze di specializzando, osservando gli orari concordati e rispettando l'ambiente di lavoro e le esigenze di coordinamento dell'Azienda;
- 2) rispettare le norme in materia di igiene, salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- 3) mantenere la necessaria riservatezza per quanto attiene ai dati ed informazioni acquisiti durante lo svolgimento dell'attività presso l'Azienda.

Sezione II - SOGGETTO PROMOTORE

DENOMINAZIONE: UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRIESTE - SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN _____

SEDE: _____

Tel. _____ fax _____ e-mail: _____

REFERENTE (Coordinatore della Scuola): Prof. _____

Sezione III - SOGGETTO OSPITANTE

DENOMINAZIONE: AZIENDA _____

SEDE: _____

Tel. _____ fax _____ e-mail: _____

SEDE DELL'ATTIVITÀ (reparto U.O.): _____



RAPPRESENTANTE dell'Azienda: (Direttore/Responsabile della Struttura ove si svolge il tirocinio)

TUTOR DESIGNATO DALLA SCUOLA all'interno della struttura convenzionata dell'AZIENDA:

NOMINATIVO:

RECAPITO: TEL. _____ CELL. _____ E-MAIL: _____

Sezione IV - MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ DELLO SPECIALIZZANDO

TEMPI/ORARI DI ACCESSO AI LOCALI AZIENDALI:

PERIODO DI PERMANENZA:

ATTIVITÀ E OBIETTIVI PREVISTI:

Io Specializzando

Il Tutor Aziendale designato

data e Firma _____

data e Firma _____

per l'Università degli Studi di Trieste
Il Coordinatore della Scuola di Specializzazione

Il Direttore / Responsabile della Struttura
ove si svolge il tirocinio

data e Firma _____

data, timbro e Firma _____