

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI
ATTIVITÀ FORMATIVA PROFESSIONALIZZANTE E DI TIROCINIO
EXTRA RETE FORMATIVA – STRUTTURE NAZIONALI**

Al Direttore della Scuola di Specializzazione in

dell'Università di Trieste - SEDE

e, p.c. Al Direttore del Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche
e della Salute dell'Università di Trieste - SEDE

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (prov. _____), il
_____, Codice Fiscale _____, iscritto/a al _____ anno della Scuola di
Specializzazione in _____, presso l'Università degli Studi di Trieste, ai sensi del
D.l. n. 402 dd. 13.06.2017

CHIEDE

di poter svolgere un periodo di attività formativa professionalizzante/tirocinio extra rete formativa, presso la seguente
struttura pubblica/privata accreditata e contrattualizzata con il SSN:

- Azienda/Ente _____
- Ospedale _____
- UO/Reparto _____
- Città _____
- Dal _____ al _____
(NB il periodo di frequenza complessivo, compreso l'estero, per tutta la durata del corso non può essere superiore a 18 mesi)
- Contatto e-mail struttura ospitante _____

Tutor della struttura ospitante _____

Tutor universitario (Trieste) _____

➤ per la seguente motivazione:

➤ al fine del raggiungimento degli obiettivi descritti nel seguente progetto formativo individuale:

DICHIARA

- di essere a conoscenza che, nel caso l'ente ospitante non intendesse farsi garante della copertura assicurativa per responsabilità per i rischi professionali, responsabilità civile verso terzi e infortuni connessi all'attività assistenziale, dovrà dar prova di aver sottoscritto apposita polizza privata;
- di aver già usufruito di n° _____ mesi di frequenza extra rete e di non aver superato il periodo massimo consentito di 18 mesi in Italia/Estero.

Luogo _____ data, _____ Firma del richiedente, _____

Il/La sottoscritto/a _____ è a conoscenza che il periodo di tirocinio richiesto è indicativo e che non è autorizzato/a alla frequenza della sede ospitante finché la convenzione non è ufficialmente sottoscritta da entrambe le parti.

Firma del richiedente _____

RECAPITO: Via _____, n. _____

Città _____ prov _____ C.A.P. _____

Cell. _____ E-mail _____

→ Allegare **copia fronte/retro** di un **documento di identità valido**.

SPAZIO RISERVATO AL DIRETTORE DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE

Il sottoscritto/a prof./prof.ssa _____, Direttore della Scuola di Specializzazione in _____, presa visione della richiesta del/la Dott. _____, autorizza lo/a stesso/a allo svolgimento dell'attività formativa sopra descritta e dichiara che:

tale richiesta è stata sottoposta all'approvazione del Consiglio della Scuola di Specializzazione di data _____;

Luogo _____ data, _____ Firma del Direttore della Scuola _____

→ SI ALLEGA COPIA DEL VERBALE IN CUI SI APPROVA IL TIROCINIO.

(*) CLASSIFICAZIONE PER LA RADIOPROTEZIONE:

A

B

NON ESPOSTO

Nello spazio sottostante è possibile allegare il documento identità (*formato JPG; PNG; PDF*):

ITER AMMINISTRATIVO:

1. Il Consiglio della Scuola di specializzazione deve approvare la richiesta.
2. Successivamente la richiesta di tirocinio dovrà essere approvata anche dal Dipartimento di Scienze mediche. Il calendario delle sedute è pubblicato sul sito di Dipartimento.
3. Per l'approvazione in Dipartimento, il richiedente deve inviare **modulo** compilato (e controfirmato dal Direttore della Scuola), allegando copia del proprio **documento di identità** all'indirizzo: scuoless.dsm@units.it
4. La documentazione completa deve arrivare almeno una settimana prima del Consiglio di Dipartimento, diversamente non viene garantito l'inserimento della richiesta tra le approvazioni.
5. Dopo l'approvazione del Dipartimento, l'Ufficio Post Lauream contatterà la struttura ospitante per la stipula della convenzione.
6. L'iter è di ALMENO 3 MESI a partire dalla data di approvazione del Dipartimento.
7. Si invita a contattare l'azienda ospitante per eventuali particolari condizioni di ammissione (corsi di formazione sulla sicurezza, certificazione sanitaria, ecc..).

(*) RADIOPROTEZIONE (D.Lgs 101/2020)

Prima che gli specializzandi inizino il loro tirocinio extra rete in aree dove sono presenti radiazioni ionizzanti, è obbligatorio che l'Esperto in Radioprotezione effettui una **valutazione preventiva del rischio radiologico**. In base a questa valutazione, gli specializzandi verranno classificati secondo specifiche categorie di rischio.

Le categorie di valutazione previste sono le seguenti:

- Lavoratore esposto di categoria A
- Lavoratore esposto di categoria B
- Lavoratore NON ESPOSTO

Prima di partire lo specializzando è tenuto a comunicare a fisica-sanitaria@asugi.sanita.fvg.it le date di permanenza nella struttura ospitante.