



H I C E T N U N C

eCAMPUS
UNIVERSITÀ

S A P E R E A U D E

**PROGETTO FORMATIVO O DI ORIENTAMENTO PER ATTIVITÀ
DI TIROCINIO CURRICULARE – MASTER IN MANAGEMENT
DELLE PROFESSIONI SANITARIE E FUNZIONI DI
COORDINAMENTO NELL'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE-
OSPEDALIERA E DEI SERVIZI ASSISTENZIALI TERRITORIALI**

DATI DEL TIROCINANTE

Studente:.....
Nata/o a.....il.....Nazionalità.....
C.F.....
Residente in.....
Via.....n°.....Cap.....Prov.....
Domicilio (*se diverso dalla residenza*).....
.....
Codice Fiscale.....
Tel.....e-mail.....
Titolo di studio.....

DATI SOGGETTO PROMOTORE

Università Telematica eCampus codice fiscale 90027520130, con sede legale in Novedrate, via
Isimbardi 10, Cap 22060 (Como).
Canale operativo di gestione del tirocinio: ufficio.tirocini@orientacampus.it,

DATI SOGGETTO OSPITANTE

Denominazione/ragione sociale.....
Tipologia:

- Azienda Sanitaria Locale (AUSL)
- Azienda Ospedaliera
- Azienda Ospedaliera Universitaria
- Ente classificato e istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (I.R.C.C.S.)

Codice Fiscale/P.Iva.....
Legale Rappresentante.....
Sede Legale in.....

Via.....n°.....Cap.....Prov.....
Sede del tirocinio.....via.....
n°.....Cap.....Prov....., tel.....email.....
Nr tirocini in corso in azienda, questo compreso.....

INFORMAZIONI SUL TIROCINIO

Periodo di tirocinio: dal al

eventuale sospensione (es. chiusura periodo estivo) dal.....al.....

Durata effettiva: n° 12 mesi ore totali 500

Tutor aziendale.....

Tel.....email.....

Inquadramento aziendale/professionale.....

Tutor universitario

Email

AMBITO/I DI INSERIMENTO

Descrivere brevemente l'ambito aziendale in cui si svolgerà il tirocinio (ad esempio: settore, reparto, ufficio; descrizione di massima delle attività che vengono svolte in tale ambito, ecc.)

[illegible]

ATTIVITA' OGGETTO DEL TIROCINIO

Descrivere brevemente le attività oggetto del tirocinio

[illegible]

OBIETTIVI FORMATIVI E DI ORIENTAMENTO

Descrivere brevemente gli obiettivi che dovranno essere perseguiti durante il periodo di tirocinio, in termini di competenze, con riferimento agli obiettivi del percorso formativo



H I C E T N U N C

eCAMPUS
UNIVERSITÀ

S A P E R E A U D E

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

POLIZZE ASSICURATIVE

Infortuni sul lavoro INAIL posizione n° 092447169

Responsabilità civile AXA ASSICURAZIONI polizza n° 404286219

Le attività assicurative riguardano anche le attività eventualmente svolte al di fuori della sede dell'ente/azienda purché indicate nel progetto formativo alla voce "sede operativa"

OBBLIGHI DEL TIROCINANTE

Con la sottoscrizione del presente Progetto Formativo, il tirocinante si impegna al rispetto delle seguenti regole nel corso del tirocinio:

- 1) seguire le indicazioni dei tutor e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze;
- 2) rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotti ed ogni altra informazione relativa all'azienda, alla sua organizzazione e ai suoi programmi di cui venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio;
- 3) rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza;
- 4) eseguire i compiti secondo le indicazioni ricevute dal tutor aziendale, nell'ambito di quanto previsto dal presente Progetto Formativo;
- 5) richiedere verifiche e autorizzazioni nel caso di rapporti e relazioni con soggetti terzi;
- 6) frequentare gli ambienti aziendali e utilizzare le attrezzature poste a disposizione secondo i tempi e le modalità previste dal presente Progetto e che verranno successivamente fornite in coerenza con questo, rispettando in ogni caso le norme e le prassi aziendali di cui verrà portato a conoscenza.

Inoltre il tirocinante dichiara di essere a conoscenza che, ai sensi della Convenzione tra le parti, in caso di proprio comportamento tale da far venir meno le finalità del Progetto formativo, le parti potranno recedere dalla Convenzione stessa e conseguentemente il tirocinio sarà interrotto.

Con la sottoscrizione del presente Progetto formativo, il tirocinante, il soggetto promotore e il soggetto ospitante dichiarano:

- che le informazioni contenuto nel presente Progetto Formativo sono rese ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e di essere consapevoli delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445;



H I C E T N U N C

eCAMPUS
UNIVERSITÀ

S A P E R E A U D E

- di esprimere, ai sensi del REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI (GDPR) Regolamento (UE) 2016/679, il consenso al trattamento, anche automatizzato, dei dati personali contenuti nel presente Progetto Formativo, inclusa la loro eventuale comunicazione a soggetti terzi specificatamente incaricati, limitatamente ai fini della corretta gestione del tirocinio, da parte del soggetto promotore e del soggetto ospitante e ai fini delle funzioni di controllo e monitoraggio, da parte di Regione Lombardia, fatto salvo quanto stabilito agli artt. 15 e ss. del Regolamento.

Il tirocinante

Firma

.....

Il soggetto ospitante

Timbro e firma del tutor aziendale

.....

Il soggetto promotore

Timbro e firma del tutor universitario

UNIVERSITA' ECAMPUS

.....