

**E-MAIL** [formazione.asslsassari@atssardegna.it](mailto:formazione.asslsassari@atssardegna.it) [formazione.nuoro@atssardegna.it](mailto:formazione.nuoro@atssardegna.it)  
[formazione.olbia@atssardegna.it](mailto:formazione.olbia@atssardegna.it)

---

**DOMANDA ED AUTORIZZAZIONE DI TIROCINIO CURRICULARE PRESSO ATS SARDEGNA**

**- AREA FORMAZIONE : SASSARI  NUORO  OLBIA**

**PG / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_**

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Qualifica/Diploma/Laurea \_\_\_\_\_

chiede di poter effettuare presso le strutture dell'ATS Sardegna, ASSL di \_\_\_\_\_:  
(barrare la casella che interessa)

**il tirocinio PREDIPLOMA** (indicare la Scuola)

\_\_\_\_\_

**il tirocinio POSTDIPLOMA** (indicare il diploma)

\_\_\_\_\_

**il tirocinio PRELAUREA** della Facoltà di \_\_\_\_\_

Corso di laurea \_\_\_\_\_

laurea triennale  laurea quadriennale  laurea specialistica

**il tirocinio POSTLAUREA** della Facoltà di \_\_\_\_\_

Corso di laurea \_\_\_\_\_

laurea triennale  laurea quadriennale  laurea specialistica

**il tirocinio** nell'ambito della **SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE**

in \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

laureato in \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

L'Ente che invia l'allievo è già convenzionato con l'ATS Sardegna ( ovvero con una delle ex ASL )?

Si

No

**Delibera di Convenzione n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ( ATS Sardegna/Ex ASL \_\_\_\_\_ )**

Se si vuole effettuare un tirocinio presso le strutture di quest'azienda inviati da Enti/Scuole/Università con i quali si è stipulata apposita convenzione, occorre essere coperti da polizza assicurativa che tuteli gli allievi contro infortuni, danni patiti e malattie, sia durante l'attività didattica sia nelle fasi di spostamento. Indicarne di seguito gli estremi:

**Polizza Infortuni** (allegare fotocopia): n° \_\_\_\_\_

Periodo polizza: a decorrere **dal** \_\_\_\_\_ scadenza **al** \_\_\_\_\_

**N.B.** Il massimale minimo richiesto dall'azienda per questo tipo di polizza è di € 100.000,00

IL PREMIO IN ARGOMENTO SI INTENDE COMPRENSIVO DI IMPOSTE ED ACCESSORI E CON ESCLUSIONE DI QUALSIASI FRANCHIGIA E/O SCOPERTO

**Idoneità alla Mansione Specifica (medico competente Ente inviante)**

(allegare giudizio d'idoneità): n° \_\_\_\_\_

L'allievo ha già preso contatto con il Direttore del Servizio in cui intende svolgere il tirocinio?

Se **si**, indicare il Servizio:

E' stato individuato un operatore disponibile a svolgere il ruolo di **tutor**?

Se **si**, indicarne il nominativo in stampatello e **far apporre il visto del tutor**:

\_\_\_\_\_

Durata del tirocinio (indicare numero ore): \_\_\_\_\_

Data in cui si vorrebbe iniziare la frequenza presso le strutture aziendali: \_\_\_\_\_

Data presunta in cui si terminerà: \_\_\_\_\_

Questa Azienda Sanitaria, per maggiormente qualificare le attività di tirocinio che si svolgono presso le proprie strutture, ritiene utile e necessario che nella domanda siano esplicitati gli obiettivi educativi che l'allievo intende raggiungere con questa attività.

**OBIETTIVI**

---

---

---

---

---

Si autorizza  
(timbro e firma del Responsabile del Servizio)

---

Firma dell'allievo

Data \_\_\_\_\_

---

**Privacy:**

si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003

Firma dell'allievo

Data \_\_\_\_\_

---

**N.B. Si ricorda che l'allievo durante il tirocinio è tenuto al rispetto del segreto professionale**


**Parere Favorevole**

**(Timbro e Firma del Dirigente dell'Area Formazione)**

Data \_\_\_\_\_

**PROCEDURA PER INOLTARE LA DOMANDA DI TIROCINIO**

**Nella fase di orientamento**, per l'Area di Sassari, se si tratta di un tirocinio di psicologia, il tirocinante può rivolgersi al **Dr. Francesco Cattari** ([francesco.cattari@atssardegna.it](mailto:francesco.cattari@atssardegna.it)); per le altre professioni alla **Dr.ssa Carla Leoni** ([carla.leoni@atssardegna.it](mailto:carla.leoni@atssardegna.it)) ☎ **079/2062380**, per le Aree di Sassari, Nuoro, Olbia.

Il futuro tirocinante deve **prendere contatto con la struttura da lui individuata** ed il Responsabile del Servizio valuterà la possibilità di frequenza.

**La domanda di tirocinio dovrà essere debitamente compilata in ogni sua parte e protocollata**, indicare in modo leggibile il nominativo del tutor designato che dovrà apporre la sua firma per accettazione dell'incarico. Il Responsabile del Servizio dovrà esprimere il proprio parere, apporre il timbro e la firma. L'Area Formazione provvederà ad istruire la pratica e trasmetterà l'autorizzazione al Servizio dove si dovrà effettuare il tirocinio, e il tirocinante potrà iniziare la frequenza.

La domanda potrà essere **protocollata** ai seguenti recapiti:

1. Aree Formazione ( Nuoro ed Olbia ) in cui si intende svolgere il tirocinio, consegnata personalmente o via e-mail;
2. Area Formazione Sassari, scala A, terzo piano, ex Ospedale San Camillo, Strada Statale Sassari-Sorso, ☎ 079/2062084 / 380 e-mail: [formazione.asslsassari@atssardegna.it](mailto:formazione.asslsassari@atssardegna.it)

**Rivolgersi a: Sig.ra Patrizia Sanna / Dr.ssa Carla Leoni**

**Prosecuzione del tirocinio** il tirocinante che intende proseguire il tirocinio oltre i termini indicati nella domanda dovrà far pervenire all'Area Formazione, una richiesta da parte del Responsabile del Servizio, su carta intestata, firmata e timbrata, con indicate le nuove date previste. La prosecuzione deve avvenire necessariamente con lo stesso Tutor e con copertura nei termini assicurativi. La variazione del Tutor comporta la presentazione di una nuova domanda.

**Alla conclusione del tirocinio(vedi format)**, dovrà essere inviata dalla struttura ospitante **comunicazione** scritta su propria **carta intestata** (firmata e timbrata dal tutor e firmata dal tirocinante, via e-mail a [formazione.asslsassari@atssardegna.it](mailto:formazione.asslsassari@atssardegna.it)) all'Area Formazione, che, apponendo il proprio timbro, certificherà l'avvenuto svolgimento.

<b>FORMAT :</b>	<b>Luogo</b>	<b>Data</b>
Il Dr./Dr.ssa/Sig./Sig.ra _____ nat_ a _____ il _____		
ha concluso il tirocinio formativo che si è svolto dal _____ al _____ presso il		
Reparto/Struttura _____ per un numero totale di ore pari a _____		
_____ acquisendo competenze in tema di _____		
_____		

**Timbro e firma del Tutor**

**S.C. Formazione, Ricerca e  
Cambiamento Organizzativo**

**Firma del tirocinante**