



PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

Nell'ambito della convenzione esistente tra il soggetto promotore e l'ente ospitante

Nominativo del tirocinante _____ nato/a _____ il _____
residente in _____ codice fiscale _____

attuale condizione (barrare la casella)	si	no
studente universitario / TPV	☐	☐
frequentante Scuola Specializzazione	☐	☐

Azienda ospitante: ☐ Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma
☐ Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Sede/i del tirocinio (servizio, reparto, ufficio): _____

Tempi di accesso ai locali aziendali : _____

Periodo di tirocinio n. mesi: _____ dal _____ al _____

Tutor accademico: _____

Tutor aziendale: _____

Polizze assicurative:

Infortuni sul lavoro posizione n. _____ compagnia _____

Responsabilità civile posizione n. _____ compagnia _____

Obiettivi e modalità del tirocinio: _____

Obblighi del tirocinante:

- Seguire le indicazioni dei tutori e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze;
- Rispettare gli obblighi di riservatezza per quanto attiene a dati, informazioni o conoscenze in merito agli utenti del Servizio Sanitario Nazionale, acquisiti durante lo svolgimento del tirocinio, nonché a rispettare tutto quanto disposto dal Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) , sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio;
- Rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza;

Parma, _____, data _____

Il tirocinante rilascia consenso per il trattamento dei dati ai sensi del **Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR)**

firma per presa visione ed accettazione del tirocinante _____

firma per presa visione ed accettazione del soggetto promotore (Scuola o Università) _____

firma per presa visione ed accettazione del Tutor aziendale _____