#### Logo Università di Verona

(da compilare a computer)

# **PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO**

# AD USO ESCLUSIVO DEI CORSI DI STUDIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

*da consegnare all’Ufficio Stage e Tirocini almeno 7 giorni prima dell’inizio del tirocinio; si accetta il progetto formativo soltanto in presenza di Convenzione già stipulata con l’azienda ospitante.*

(riferimento convenzione Rep. n. ……….……..…..… stipulata in data ……………………………….……..)

## **Cognome e Nome del tirocinante** ………………………….………………………………………..………….……………

nato a ……………………………….……il …………………………. cod. fiscale ………..…..……….………………………….

residente a …………………………….……(Prov. ……..) in Via …………………..……………………………… n.…………

cap. …………………… telefono…………………………………..… Cell…………………………………………………………

e-mail (*SOLO casella di posta istituzionale*) ..………………….……………..……………………………@studenti.univr.it

**Attuale condizione dello studente**:

matricola VR………………………… - anno accademico di immatricolazione .…………….…….…..…..…..

corso di laurea magistrale **Scienze delle professioni sanitarie tecniche assistenziali**

corso post-lauream ………………………….……………………………………………………………………………..........……

il corso post-lauream si conclude in data ……………………………………..……....…..….

(barrare se trattasi di soggetto portatore di handicap )

**Azienda ospitante**: ………………………………………………………....……………………….……………..……..………..…

Settore di attività dell’azienda - Codice ATECO …………………………………Partita Iva …………………………………….

Sede principale di svolgimento dello stage:

Via …………………………………………. n. …… Comune ..…………………..………..……………(Prov. ……) Cap .………

Ulteriore sede aziendale di svolgimento dello stage:

Via …………………………………………. n. …… Comune ..…………………..………..……………(Prov. ……) Cap .………

**N. di dipendenti a tempo indeterminato compreso apprendisti presenti nella sede del tirocinio alla data odierna: ……………..; n. di tirocini attivi nella sede del tirocinio alla data odierna: …..………..**

**(Art. 1 D.M. 142/98)**

**MISURE PER IL CONTENIMENTO DELL’EPIDEMIA DA COVID-19: LA STRUTTURA OSPITANTE DICHIARA DI AVER ADOTTATO UN PROTOCOLLO DI SICUREZZA.**

**Tempi di accesso ai locali aziendali**

*(da rispettare rigorosamente sia ai fini assicurativi e di ispezione sia per il riconoscimento dei crediti formativi*):

n. …………….... giorni la settimana (*il numero massimo di giorni dedicati allo stage*)

n. ……………… ore giornaliere (*il numero massimo di ore giornaliere dedicato allo stage*)

mattina: dalle ore ………….… alle ore ………….…pomeriggio: dalle ore ……….….…. alle ore ..……….…...

**Periodo di stage:** dal …………….……………………….…..…al …...………..……………………..………….…..…….…

*eventuale sospensione (massimo 1 mese) dal ………….……………………… al ..………………….………….……..…*

**NOTA BENE:*****Ogni variazione deve essere comunicata anticipatamente all’Ufficio Stage e Tirocini (i documenti per la richiesta di modifica sono disponibili on line)***

**Tutor universitario** (in stampatello) **Dott.ssa ALESSIA PARDO**

**Tutor aziendale** (in stampatello) …………………………..………………………………….………………………….…………

**E-Mail del Tutor aziendale** …………………………………………………………………………………………………………

### **Area funzionale di inserimento** (funzione, servizio, reparto aziendale) .………………………………………….………..…

**Attività proposte al tirocinante**

Analisi organizzativa del contesto

Affiancamento al tutor aziendale per raggiungere gli obiettivi formativi

**Principali obiettivi formativi**

1. Approfondire i criteri, le modalità, le strategie, gli strumenti di programmazione dei servizi sanitari tecnico diagnostici

2. Analizzare i modelli organizzativi dei servizi relativi alle professioni sanitarie tecnico/ diagnostiche e le strategie di sviluppo dei livelli di integrazione con le altre componenti del sistema

3. Identificare metodi e strumenti della gestione del personale delle professioni sanitarie approfondendo gli aspetti di selezione e valutazione delle competenze, delle attitudini, delle conoscenze e del potenziale

4. Riconoscere metodi e strumenti di ricerca e valutazione dei risultati gestionali e assistenziali

5. Analizzare le strategie del governo clinico e la metodologia del risk management nella gestione dei processi assistenziali

6. Comprendere e descrivere i principali processi afferenti alla gestione della formazione di base e continua del persona-le delle professioni tecnico/diagnostiche

**Facilitazioni** previste per il tirocinante dal parte del soggetto ospitante (*benefits*, premi, rimborsi spese etc.) …………………………………………………………………………………………………………………………………..………

**Polizze assicurative a carico dell’Università di Verona**:

1. Infortuni sul lavoro INAIL - gestione per conto
2. Responsabilità Civile: Chubb European Group SE - Polizza n°: ITCASC21677
3. Polizza Infortuni: Polizza infortuni cumulativa AXA - Polizza n° 404984200

**Obblighi del tirocinante**:

* seguire le indicazioni dei tutor e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze;
* rispettare gli obblighi di riservatezza circa i processi produttivi, prodotti od altre notizie relative all’azienda di cui venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio;
* rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza.

## Verona, ………………………….……..

Firma per presa visione ed accettazione del tirocinante ……………..………..….……………..………..…………..…..

Firma per il soggetto promotore - Tutor accademico………………..…..…..…………………………………………...

Timbro e firma per l’azienda - Tutor aziendale………………..…………………….………..……………….…………….