

**RICHIESTA DI TIROCINIO DI ADATTAMENTO**  
**PRESSO L'AZIENDA SANITARIA FRIULI OCCIDENTALE**  
**(anche con finalità di autocertificazione/dichiarazione sostitutiva atto notorietà**  
**-artt. 46 e 47 DPR 26/12/2000, n. 445)**  
**(compilare in stampatello maiuscolo)**

Nome e Cognome.....

Luogo nascita..... data nascita.....

Cittadinanza.....

Residenza (comune e via) .....

Codice fiscale.....tel/cell.....

e-mail.....

Titolo professionale di cui ha chiesto il riconoscimento in Italia (termine originale).....

Paese in cui il titolo è stato conseguito.....

Professione che si intende esercitare in Italia con tale titolo.....

Attività oggetto del tirocinio di adattamento prescritto dal Ministero.....

Durata del tirocinio di adattamento.....

Eventuali condanne penali:

Ufficio Giudiziario.....

Tipo di reato.....

Eventuali procedimenti penali in corso:

Ufficio Giudiziario.....

Tipo di reato.....

**PROGETTO DI TIROCINIO DI ADATTAMENTO**

Strutture Aziendali sedi del tirocinio

.....  
.....  
.....  
.....

Nominativi dei Tutor e Strutture di appartenenza

.....  
.....  
.....

Oggetto del tirocinio (indicare la/le specifica/che attività, i relativi periodi e orari)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....

### OBBLIGHI DEL TIROCINANTE

- osserva l'attività dell'As FO e può svolgere esercitazioni pratiche, al fine del tirocinio di adattamento;
- non può in ogni caso sostituire dipendenti/collaboratori dell'As FO;
- non può firmare alcun tipo di atto sanitario, amministrativo, tecnico o professionale aziendale (referti, cartelle cliniche, ordini, fatture, note, e-mail...);
- osserva le norme di legge e i regolamenti/direttive aziendali, che disciplinano l'attività oggetto del tirocinio;
- osserva le norme in materia di igiene, sicurezza e salute sul luogo di lavoro;
- osserva il segreto sui dati personali di cui venga a conoscenza;
- ove il tirocinio abbia ad oggetto attività sanitaria, deve indossare un camice; se non ne è in possesso, il camice è fornito dall'As FO con eventuale onere a carico del tirocinante;
- esibisce il cartellino di identificazione fornito dall'As FO;
- è tenuto a registrare le presenze tramite l'apposito modulo fornito dall'As FO;
- è sottoposto alle stesse procedure di sorveglianza sanitaria dei dipendenti dell'As FO.

Data.....

Il tirocinante (firma).....

Il Direttori delle Strutture sedi del tirocinio (firme e timbri):

.....  
.....  
.....  
.....

Allega:

- certificato idoneità rilasciato dal medico competente di As FO o comunicazione di non necessità di tale certificato;
- l'informativa/designazione a incaricato trattamento dati personali firmata;
- in caso di cittadino straniero extra UE, certificato di assenza/esistenza di condanne/procedimenti penali del Paese di provenienza con traduzione in lingua italiana o inglese.

**AUTORIZZAZIONE  
(RISERVATO ALLA SC AFFARI GENERALI)**

Visti la richiesta di tirocinio di adattamento, il regolamento dei tirocini e delle frequenze volontarie dell'As FO e gli allegati alla richiesta, si autorizza il tirocinio di adattamento.

Si allegano:

- il regolamento dei tirocini e delle frequenze dell'As FO;
- il registro presenze.

Data..... Il Direttore SC Affari Generali.....