



A.S.L. TO4

Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

S.S. Qualità e Formazione

All. 1	SCHEMA PERSONALE TIROCINANTI	Revisione: Data: 01/03/2020
--------	-------------------------------------	---------------------------------------

Nominativo _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ CAP _____

Via _____ C.F. _____

Rec.tel. n. _____ e-mail _____

proveniente da (Ist. Formativa) _____ sede di _____

- **Specializzando**
- **Post Lauream**
- **Corso di Laurea**
- **Scuola Secondaria di II grado**
- **Altro (Specificare)**

effettua attività presso la Struttura _____

sede di _____ periodo _____

n° ore _____ orario _____

Tutor (ASL TO4) _____ Rec. Tel. _____

Tutor (Ist.Formativa) _____ Rec. Tel _____

Dichiara di:

1) aver preso visione del Regolamento Aziendale attuativo del Codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i, e del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016;

2) rispettare, per quanto compatibili con la natura del tirocinio/stage, gli obblighi di condotta previsti dal D.P.R. 62/2013, nonché dal Codice di Comportamento dei dipendenti dell'ASL TO4, approvato con deliberazione n. 907 del 20/07/2018 (pubblicato sul sito internet dell'ASL TO4 all'indirizzo www.aslto4.piemonte.it alla voce Amministrazione Trasparente – Disposizioni Generali – Atti Generali – Codici Disciplinari e Codici di Condotta). In particolare di essere a conoscenza che in caso di violazione delle suddette disposizioni saranno applicate le sanzioni, anche espulsive, previste dal Codice stesso;



- 3) sollevare l'A.S.L. TO4 da qualsiasi responsabilità civile e/o penale e di mantenere la necessaria riservatezza per quanto attiene ai dati personali che verranno trattati durante la frequenza alle strutture aziendali;
- 4) segnalare immediatamente eventuali infortuni al tutor di riferimento e alla S.S. Qualità e Formazione inviando la documentazione del Pronto Soccorso;
- 5) conoscere le disposizioni previste in materia di tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, ai sensi del D.Lgs 81/2008 e s.m.i., nonché le specifiche procedure di settore presenti sul sito internet aziendale;
- 6) allegare copia del documento di identità, codice fiscale, certificato vaccinale, giudizio d'idoneità/certificazioni sanitarie (qualora in possesso) e il C.V. (per i tirocini post lauream).

Firma Tirocinante _____

Breve descrizione dell'attività svolta, con particolare riferimento alla possibile esposizione ai rischi lavorativi individuati per il personale operante presso la struttura (ad ESEMPIO: esposizione non deliberata ad agenti biologici, uso del videoterminale >20 ore sett., turno/reperibilità notturna, radiazioni ionizzanti, gas anestetici, movimentazione manuale dei carichi...)

Tirocinio solo osservativo

Tirocinio operativo/pratico

Firma
TUTOR ASL TO4

Firma
DIRETTORE STRUTTURA

(Da compilarsi a cura della S.S. Medico Competente e da restituire alla S.S. Qual. e Formazione)		
1 – NECESSITA' DI SORVEGLIANZA SANITARIA	SI	NO
TIPOLOGIA _____		
2 – NECESSITA DI VISITA DI IDONEITA'	SI	NO
3 – E' GIA' IN POSSESSO DI VISITA DI IDONEITA' (data _____)	SI	NO
4 – ALTRO (specificare) _____		
		S.S. Medico Competente
Data _____	_____	
	(timbro e firma)	

(Da compilarsi a cura della S.S. Qualità e Formazione):	
Si autorizza l'accesso alla mensa aziendale alla tariffa:	
<input type="checkbox"/> del personale dipendente € 1,03/pasto	
<input type="checkbox"/> esterni € 6,88/pasto	
(Per il ritiro dei buoni pasto/accesso alla mensa consegnare: fotocopia della presente e ricevuta di versamento della quota specifica)	
S.S. Qualità e Formazione	
Data _____	_____