



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. Formazione e Laurea Infermieristica

Mod.A	SCHEMA PERSONALE TIROCINANTI/STAGISTI	Revisione: 10 Data: 30/07/19
-------	--	---------------------------------

Nominativo _____ nato/a a _____

il _____ Codice Fiscale _____

residente a _____ CAP _____ Via _____

(rec.tel. n. _____ e-mail _____) proveniente da (Scuola,

Istituto, Facoltà) _____ sede di _____

- **Specializzando**
- **Post Lauream**
- **Laurea**
- **Istituto Professionale**
- **Altro (Specificare)**

effettua attività presso la Struttura _____

sede di _____ periodo _____

n° ore _____ orario _____

Tutor Aziendale (ASL TO4) _____ Rec. Tel. _____

Tutor Didattico (Scuola) _____ 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 aziendale di riferimento inviando la documentazione del Pronto Soccorso e il modulo apposito compilato al Centro di Formazione di riferimento.

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 intranet aziendale – S.S.D. Servizio Prevenzione Protezione.

6) allegare il giudizio d'idoneità (qualora già in possesso)

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...)

**Firma
TUTOR AZIENDALE**

**Firma
DIRETTORE STRUTTURA**

(Da compilarsi a cura della S.S. Medico Competente e da restituire al Centro di 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. Formazione e Laurea Infermieristica):

AUTORIZZATO ALL'USO DI BUONI PASTO	€ 10,33	€ _____
(Per il ritiro dei buoni pasto consegnare: fotocopia della scheda compilata e ricevuta di versamento della quota specifica)	(10 buoni)	(10 buoni)
S.S. Formazione e L.I.		
Data _____	_____	