



Ufficio incaricato  
**SOC Reclutamento e trattamento giuridico**  
**Risorse umane**  
c/o padiglione 10 - 3° piano  
Presidio Ospedaliero Univ. SMM -  
p.le Santa Maria della Misericordia, 11 - 33100 Udine  
(+39) 0432 559709 (int. 5709). 554271 (int. 4271)  
margherita.menichincheri@asufc.sanita.fvg.it  
monica.gallus@asufc.sanita.fvg.it

**Al Direttore Generale**  
**dell'Azienda Sanitaria Universitaria**  
**Friuli Centrale**  
**via Pozzuolo, 330**  
**331**

**RICHIESTA TIROCINIO PER TESI**

**Il/la sottoscritto/a** (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

Codice Fiscale																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

studente/ssa del Corso di studio in \_\_\_\_\_

presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_

Recapiti: tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI POTER EFFETTUARE UN TIROCINIO PER TESI**

**Presso** SOC/SOSD (indicare denominazione Struttura): \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>P.O.U. SMM di Udine</b>	<input type="checkbox"/> <b>IMFR Gervasutta di Udine</b>	<input type="checkbox"/> <b>P.O. Latisana e Palmanova</b>
<input type="checkbox"/> <b>P.O. San Daniele e Tolmezzo</b>	<input type="checkbox"/> <b>P.O. per la Salute di Gemona</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Dipartimento del Farmaco – sede di .....</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Dipartimento delle Dipendenze e Salute mentale – sede di .....</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Dipartimento di Prevenzione – sede di .....</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Distretto sociosanitario sede di .....</b>		
<i>(Udine, Cividale, Tarcento, Tolmezzo, Gemona del Friuli, San Daniele, Codroipo, Palmanova, Latisana)</i>		

**Per il periodo dal** \_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_

**al fine di realizzare la propria tesi dal titolo:** \_\_\_\_\_

**Relatore:** \_\_\_\_\_

**ASSICURA** che la raccolta dati verrà effettuata nel rispetto delle norme di garanzia della privacy (D.Lgs 196/2003 e ss.mm.) e che i dati verranno utilizzati esclusivamente per la realizzazione del lavoro sopra dichiarato. Verranno trattati in forma assolutamente anonima ed i dati sensibili e personali non saranno in alcun modo comunicati o diffusi. Si impegna inoltre a trasmettere i risultati al Direttore/Responsabile della Struttura presso cui si sono stati raccolti, prima della loro diffusione.

**DICHIARA**

- di essere consapevole:
    - a) che potrà iniziare il tirocinio per tesi solo dopo aver ricevuto via mail l'autorizzazione da parte dell'ufficio incaricato ASUFC;
    - b) che il tirocinio per tesi termina contestualmente alla data di conseguimento del relativo titolo di studio.
  - di non modificare il questionario e la lista dei dipendenti successivamente alla richiesta di autorizzazione,
  - di aver concordato con la propria Università di iscrizione sede e contenuti del proprio progetto di tesi.
- INOLTRE, Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa", consapevole della decadenza dei benefici di cui all'art. 75 D.P.R. 445/2000 e delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,
- di essere dipendente a tempo indeterminato o determinato/titolare di borsa di studio/etc... di ASU FC oppure di altra Azienda Sanitaria o altro Ente (specificare) \_\_\_\_\_;

di svolgere attività libero professionale e/o di avere un contratto di lavoro di qualsiasi tipologia dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ ;

**Parte riservata a SOC/SOS/DPT/Servizio interessati**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Direttore/Responsabile della SOC/SOS/ Dipartimento / Servizio \_\_\_\_\_ esaminato il progetto di tesi, l'eventuale questionario predisposto, la lista dei dipendenti ASU FC e la tipologia dei pazienti, ai quali verrà somministrato,

collegato al protocollo/progetto/registro già approvato dal Comitato Etico Unico Regionale denominato \_\_\_\_\_

verificato che la ricerca non compromette l'andamento delle regolari attività istituzionali,

**AUTORIZZA** lo svolgimento presso la propria struttura e individua il seguente

TUTOR AZIENDALE: \_\_\_\_\_

che affiancherà lo/la studente/ssa nel suo progetto di tesi all'interno della struttura da me diretta.

**ASSICURA** che la raccolta dati è effettuata nel rispetto delle norme di garanzia della privacy ed i dati raccolti verranno utilizzati esclusivamente per la realizzazione del lavoro di tesi, trattando i dati in forma aggregata e pertanto anonima;

**FIRMA DIRETTORE/RESPONSABILE SOC/SOS/DPT/SERVIZIO**  
**A cura del Direttore/Responsabile anche Scheda attività pagina successiva**

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

**FIRMA TUTOR AZIENDALE** per accettazione

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

Ai fini dell'autorizzazione, lo/la studente/studentessa:

**ALLEGA**

**se il tirocinio si svolgerà in presenza**

**1. progetto formativo approvato dall'Università**

**2. DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

**documentazione vaccinale** per epatite b, parotite, morbillo, varicella-zoster, rosolia: copia del libretto delle vaccinazioni o relativo certificato,

+ se non si è stati sottoposti alla vaccinazione per la relativa malattia, sierologia per epatite b, parotite, morbillo, varicella-zoster, rosolia;

+ Test di Mantoux o quantiferon (eseguito negli ultimi 12 mesi),

+ certificato di idoneità sanitaria alla mansione specifica (se disponibile)

**3. Attestato di superamento del Corso di formazione generale sulla sicurezza (durata quattro ore) ex D.lgs n. 81/2008**

ed eventuale attestato di formazione specifica per le Aziende ad alto rischio (durata dodici ore).

**La presentazione del certificato di idoneità per rischio chimico e biologico rilasciato dalle Università è OBBLIGATORIO per gli accessi ai laboratori c/o il Centro Servizi e Laboratori (strutture di Anatomia patologica, Patologia Clinica, Genetica medica, Ematologia, Malattie rare). Gli studenti dell'Università di Udine saranno sottoposti a visita idoneativa da questa Azienda.**

**4. Curriculum formativo e professionale in formato europeo;**

**5. Copia del documento di identità in corso di validità.**

**in caso della sola somministrazione di un questionario**

**a.** il questionario che verrà somministrato con l'indicazione della tipologia di pazienti ai quali verrà somministrato;

**b.** la lista dei dipendenti ASU FC ai quali verrà distribuito il questionario;

**c.** Curriculum formativo e professionale in formato europeo;

**d.** Copia del documento di identità in corso di validità.

data \_\_\_\_\_

FIRMA STUDENTE/STUDENTESSA \_\_\_\_\_

**AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE**

**SCHEDA ATTIVITÀ PERSONALE AUTORIZZATO ALLA FREQUENZA PRESSO ASUFC**  
**Il presente modulo non verrà accettato se non debitamente compilato in ogni singola parte**

<b>COGNOME</b>	
<b>NOME</b>	
<b>QUALIFICA</b>	
<b>NATO/A A</b>	
<b>CODICE FISCALE</b>	
<b>RESIDENTE A</b>	
<b>VIA</b>	
<b>TELEFONO CELLULARE</b>	
<b>INDIRIZZO E-MAIL</b>	
<b>STRUTTURA FREQUENTATA</b>	
<b>IN QUALITÀ DI</b>	
<b>PERIODO</b>	

**ATTIVITÀ PREVISTE:**

- Solo osservazionali  
 Clinico-assistenziali o pratiche (in questo caso dettagliare):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>Da compilare sempre, esclusivamente a cura del Direttore della Struttura</b>		
<b>AGENTI O CONDIZIONI PARTICOLARI CUI POTREBBE ESSERE ESPOSTO/A ANCHE IN MODO POTENZIALE/ACCIDENTALE</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Biologici:</b> <input type="checkbox"/> agenti biologici infettivi trasmissibili per via aerea/droplet <input type="checkbox"/> manipolazione di campioni/liquidi biologici in laboratorio <input type="checkbox"/> assistenza diretta sui pazienti o contatto con pazienti		
<b>Chimici:</b> <input type="checkbox"/> Agenti nocivi quali irritanti respiratori, tossici, corrosivi, ecc. <input type="checkbox"/> Gas liquefatti (bassissime temperature) <input type="checkbox"/> Atmosfere sotto ossigenate (azoto liquido - CO <sub>2</sub> , impianti antincendio a gas inerte)		
<b>Fisici:</b> <input type="checkbox"/> Radiazioni ionizzanti <input type="checkbox"/> Radiazioni ortiche artificiali quali: sorgenti laser, U.V., altro. <input type="checkbox"/> Campi elettromagnetici <input type="checkbox"/> Attività in ambienti con rumore rilevante		
<b>VDT:</b> <input type="checkbox"/> uso del videoterminale per più di 20 ore/settimanali		
<b>Movimentazione Manuale Carichi:</b> <input type="checkbox"/> Movimentazione manuale di carichi animati, inanimati e attività di traino/spinta <input type="checkbox"/> postazioni di lavoro statiche in posture incongrue/obbligate		
<b>Lavori isolati:</b> <input type="checkbox"/> Attività eseguita in locali isolati e privi di mezzi di comunicazione con altre strutture <input type="checkbox"/> Attività svolta anche in esterno		
<b>Diversi:</b> <input type="checkbox"/> Uso di automezzi, anche in qualità di trasportato <input type="checkbox"/> Polveri <input type="checkbox"/> Altro: specificare		

Ogni comunicazione errata o incompleta è sotto la diretta responsabilità del Direttore/Responsabile della struttura

**Il Direttore Struttura**  
 (timbro, firma, data)

\_\_\_\_\_