

**PROCEDURA PER L' ATTIVAZIONE DEI TIROCINI FORMATIVI E DI ORIENTAMENTO DEI CORSI DI LAUREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

CAMPO DI APPLICAZIONE: la seguente procedura si applica ai tirocini attivati nelle Aziende Sanitarie ed Enti privati accreditati presso cui si svolgono i corsi di studio o l'attività di tirocinio, ai sensi del "Protocollo d'intesa tra la Regione Veneto e le Università degli studi di Padova e di Verona in materia di formazione delle professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche, della riabilitazione, tecniche e della prevenzione", sottoscritto in data 7 luglio 2016.

RESPONSABILITÀ	AZIONI	TEMPI
Coordinatore, coadiuvato dalla Segreteria del CdL	Predisporre il Programma Generale di Tirocinio (ALL. 1) contenente: - l'elenco degli Enti e delle strutture attivate per il tirocinio per l'A.A. - i nominativi dei tutor didattici aziendali - i periodi di svolgimento dei tirocini- i nominativi degli studenti di 1°, 2°e 3° anno che effettueranno il tirocinio nell'A.A.	almeno due mesi prima dell'inizio del tirocinio
	Far sottoscrivere agli studenti il Programma Generale di Tirocinio, per accettazione del contratto formativo di tirocinio	almeno due mesi prima dell'inizio del tirocinio
Presidente Collegio Didattico/Presidente Consiglio di corso di studio	Firmare la Lettera di comunicazione del tirocinio (ALL. 1A)	almeno due mesi prima dell'inizio del tirocinio
Segreteria del CdL	Inviare la Lettera di comunicazione del tirocinio e copia dell'ALL. 1 ai Direttori Generali di ciascuna Azienda Sanitaria ed Enti privati accreditati per acquisire la firma di autorizzazione da parte del Direttore Generale o suo delegato.	almeno un mese prima dell'inizio del tirocinio
	Inviare all'Ufficio Stage e Tirocini dell'Università/Servizio stage e Carrier Service dell'Università: - la/e Lettera/e di comunicazione del tirocinio con firma di autorizzazione - il Programma Generale di Tirocinio con le firme di sottoscrizione degli studenti	prima dell'inizio del tirocinio
Coordinatore del	Assegnare-gli studenti alle sedi di tirocinio nei periodi previsti	prima dell'inizio

Area Sanità e Sociale
Direzione Risorse Strumentali SSR - CRAV
Unità Organizzativa Personale e Professioni SSR
Palazzo Molin – S. Polo, 2514 – 30123 Venezia

e-mail: controlligovernopersonaleSSR@regione.veneto.it Pec: area_sanitasociale@pec.regione.veneto.it



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

CdL		del tirocinio
Segreteria del CdL	<p>Trasmettere a ciascuna Azienda Sanitaria ed Ente privato accreditato e all'Ufficio Stage e tirocinio/Servizio stage e career service dell'università il Programma Specifico di Tirocinio (ALL. 2), contenente:</p> <ul style="list-style-type: none">- il periodo di tirocinio- il monte ore previsto- l'elenco dei tutor didattici aziendali, con relativo contatto mail- l'elenco delle Unità Operative sede di tirocinio- i nominativi e il numero di matricola degli studenti assegnati a ciascuna Unità Operativa sede di tirocinio	prima dell'inizio del tirocinio

Area Sanità e Sociale
Direzione Risorse Strumentali SSR - CRAV
Unità Organizzativa Personale e Professioni SSR
Palazzo Molin – S. Polo, 2514 – 30123 Venezia
e-mail: controlligovernopersonaleSSR@regione.veneto.it Pec: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it



LOGO UNIVERSITA'

Al Direttore Generale
Azienda XXXXX

Oggetto: Tirocinio _____ degli studenti del _1_° , _2_° e _3_° anno del Corso di Laurea in _XXX
A.A. _____ Sede di _____.

Con riferimento al Protocollo d'Intesa tra la Regione del Veneto, l'Università degli Studi di Padova e l'Università degli Studi di Verona in materia di formazione delle Professioni Sanitarie, sottoscritto in data 7 luglio 2016, nonché in riferimento alla convenzione stipulata il _____ Rep. _____ prot. _____, tra l'Università degli Studi di _____ e l'Azienda _____ della Regione del Veneto (convenzione delibera Aziendale n. ____ del _____ ad oggetto "Convenzione con l'Università degli studi di _____ e l'Azienda _____, per lo svolgimento di tirocini formativi e di orientamento"), ed in base alla programmazione didattica relativa al tirocinio degli studenti del ___° , ___° e ___° anno del Corso di Laurea in _____, sede di _____, per l'anno accademico in oggetto, si trasmette in allegato il Programma Generale di tirocinio riportante i nominativi degli studenti, le loro sottoscrizioni ed i periodi previsti per lo svolgimento del tirocinio (ALL: 1). Verranno inviati in seguito i Programmi specifici di tirocinio, con l'indicazione delle Unità Operative/servizi per ciascun periodo.

In base a quanto definito dalla disciplina sui tirocini formativi e di orientamento, si specifica quanto sotto riportato:

- a) il tirocinio formativo per lo studente è obbligatorio, come previsto dal decreto M.U.R.S.T del 2.4.2001 e dal Regolamento Didattico del Corso di Laurea in _____;
- b) il tirocinio previsto per gli studenti del ___° anno si sviluppa in ore _____, per il ___° anno in ore _____, e per il ___° anno ore _____.
- c) le attività tutoriali e di tirocinio sono attuate, programmate e guidate dai tutor aziendali dell'anno di corso, individuati dal coordinatore aziendale delle attività formative di sede, con la collaborazione delle guide di tirocinio _____ (*es: infermieri - fisioterapisti, ecc.*)* delle diverse unità operative sedi di tirocinio; la frequenza presso le unità operative può prevedere l'affiancamento dello studente alla guida di tirocinio anche in turnistica (turno mattino, pomeriggio, notte), comprensivo anche dei giorni festivi;

Area Sanità e Sociale
Direzione Risorse Strumentali SSR - CRAV
Unità Organizzativa Personale e Professioni SSR
Palazzo Molin – S. Polo, 2514 – 30123 Venezia
e-mail: controlligovernopersonaleSSR@regione.veneto.it Pec: area_sanitasociale@pec.regione.veneto.it



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

- d) può essere previsto lo spostamento degli studenti, in affiancamento alle guide di tirocinio, con i mezzi di servizio e le ambulanze, per lo svolgimento di attività specifiche del profilo;
- e) gli studenti sono regolarmente assicurati dall'Università degli studi di _____ con le seguenti polizze assicurative:
- INAIL: gestione per conto dello Stato
 - Responsabilità civile: posizione n. _____ compagnia _____, fermo restando quanto previsto dall'art. 7, comma 2, lettera f), del protocollo di intesa del 7 luglio 2016 sulla formazione delle professioni sanitarie, tra Regione del Veneto e Università degli Studi di Padova e di Verona;
 - Polizza Infortuni: nr. _____ compagnia _____
- f) gli obiettivi formativi di tirocinio, comuni tra tutte le sedi formative del Corso di Laurea in _____ e concordati con le unità operative aziendali, possono essere sintetizzati in:

Si specifica altresì quanto segue:

- lo studente deve seguire le indicazioni del tutor aziendale e delle guide di tirocinio delle unità operative e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza o necessità afferenti al tirocinio stesso;
- lo studente deve rispettare gli obblighi di riservatezza dei dati, del segreto professionale e d'ufficio nei confronti dei pazienti, degli operatori sanitari e notizie di cui venga a conoscenza relative all'Azienda, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio;
- lo studente deve rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza sul lavoro.
- le studentesse, eventualmente in stato di gravidanza, sono tenute a rispettare le norme che disciplinano la tutela della maternità contenute nei decreti legislativi vigenti.

Con l'occasione si porgono cordiali saluti

Luogo e data, _____

Area Sanità e Sociale
Direzione Risorse Strumentali SSR - CRAV
Unità Organizzativa Personale e Professioni SSR
Palazzo Molin – S. Polo, 2514 – 30123 Venezia
e-mail: controlligovernopersonaleSSR@regione.veneto.it Pec: area_sanitasociale@pec.regione.veneto.it



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Il Presidente del Corso di Laurea in XXX _____
(delegato del Rettore)

(Timbro e firma Soggetto promotore)

In riferimento a quanto sopra, si prende atto e si autorizza al fine di ottemperare alle procedure di formalizzazione presso gli uffici universitari in indirizzo.

Luogo e data, _____

Il Direttore Generale

(Timbro e firma Soggetto ospitante)

*In rosso le parti a titolo esemplificativo

Area Sanità e Sociale
Direzione Risorse Strumentali SSR - CRAV
Unità Organizzativa Personale e Professioni SSR
Palazzo Molin – S. Polo, 2514 – 30123 Venezia
e-mail: controlligovernopersonaleSSR@regione.veneto.it Pec: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

FAC SIMILE* PROGRAMMA GENERALE DI TIROCINIO

AII. 1

CORSO DI LAUREA IN _____ sede di _____ V		
TIROCINIO _____° ANNO di corso; A.A. _____		
Azienda sanitaria/Ente privato accreditato per il tirocinio (indicare le aziende sanitarie/ente privato accreditato attivate per il tirocinio formativo e di orientamento)*	Unità Operative sede di tirocinio (indicare per ciascuna azienda sanitaria/ente privato accreditato le UO/Servizi attivabili per il tirocinio)*	
Azienda ULSS*	Unità operativa/servizio A*	
	Unità operativa/servizio B*	
Azienda Ospedaliera...*	Unità operativa/servizio A*	
	Unità operativa/servizio B*	
Ente privato accreditato.....*	Unità operativa/servizio A*	
	Unità operativa/servizio B*	
Periodi di Tirocinio		
per n. ore	DAL AL	
per n. ore	DAL AL	
per n. ore	DAL AL	
per n. ore	DAL AL	
Tutor Aziendale: (nome, cognome)	e-mail tutor	
1		
2		
3		
4		
Cognome e Nome Tirocinante	Matr. N.	Firma tirocinante per presa visione
<i>es: ROSSI MARIO</i>	<i>000000</i>	

Legenda: *in rosso le parti a titolo esemplificativo

Area Sanità e Sociale
 Direzione Risorse Strumentali SSR - CRAV
 Unità Organizzativa Personale e Professioni SSR
 Palazzo Molin – S. Polo, 2514 – 30123 Venezia
 e-mail: controlligovernopersonaleSSR@regione.veneto.it Pec: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

