

ALLEGATO 2

All'ASST di Vimercate
Ufficio Protocollo
protocollo@asst-vimercate.it;

Oggetto: **TIROCINIO DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA**

La presente Scuola di Specializzazione in Psicoterapia.....

per il suo allievo

nato a il

residente in via

CF

tel cell. e-mail

laureato in presso l'Università

abilitato all'esercizio della professione in data

coperto da regolare polizza assicurativa come da attestazione sottoindicata

CHIEDE

il tirocinio di specializzazione in psicoterapia presso le strutture di codesta Azienda in ottemperanza alla convenzione in atto.

A tal fine dichiara di essere titolare della seguente Polizza Assicurativa:

COPERTURA ASSICURATIVA

Infortuni Compagnia

Polizza n°

Responsabilità civile Compagnia

Polizza n°

Data

Da compilarsi a cura della Scuola di specializzazione

Timbro e firma della Scuola

PROGETTO DEL TIROCINIO DI FORMAZIONE

Tirocinante:

Presidio Ospedaliero Complesso di

U.O.C/U.O.S.D

Struttura territoriale

Nominativo tutor Scuola

mail.....

recapiti telefonici:.....

Periodo: dal al

Modalità di espletamento: n° ore giornaliere per giorni alla settimana

Tutor Azienda Ospedaliera

Obiettivi del tirocinio:

.....

Obblighi del tirocinante:

- Seguire le indicazioni del tutor e fare riferimento ad esso per qualsiasi esigenza.
- Rispettare gli obblighi di riservatezza per le informazioni relative all'Azienda di cui viene a conoscenza, sia durante, sia dopo lo svolgimento del tirocinio.
- Adeguarsi all'organizzazione del Servizio nel quale è inserito.
- Rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza.
- Consegnare al referente tutor l'attestazione dell'avvenuta formazione in materia di sicurezza sul lavoro (generale e specifica ex D. Lgs. 81/08);
- Esporre il badge di riconoscimento durante la presenza in Servizio.

La consegna allo studente da parte del tutor aziendale del presente progetto formativo protocollato e sottoscritto da parte di tutti i soggetti responsabili del tirocinio, equivale a nulla osta all'inizio dello stesso. Lo studente dovrà pertanto tempestivamente consegnarne copia alla propria Scuola, per l'attivazione da parte di quest'ultima delle tutele assicurative previste, secondo i termini di Convenzione vigente.

Data

DIRIGENTE RESPONSABILE U.O.S.D. PSICOLOGIA CLINICA

.....

IL TUTOR

.....

IL TIROCINANTE

.....

IL REFERENTE DI AREA PER I TIROCINI

.....