

**RICHIESTA ATTIVAZIONE FREQUENZA**

(inviare almeno 60 giorni prima dell’inizio stabilito nel primo giorno non festivo di ciascun mese)

**LA/IL SOTTOSCRITTA/O**

**Nome**

|  |
| --- |
|  |

**Cognome**

|  |
| --- |
|  |

**Codice Fiscale**

|  |
| --- |
|  |

**Nata/o il Luogo di nascita Provincia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

**Residente a Cap Provincia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Via/Piazza e n°**

|  |
| --- |
|  |

**Telefono**

|  |
| --- |
|  |

**Mail**

|  |
| --- |
|  |

**PEC**

|  |
| --- |
|  |

**TIPOLOGIA DI TIROCINIO RICHIESTO**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. in corso di studio (laurea triennale o magistrale, tesi, project work, master etc.)
 |  |
| 1. specializzazione in psicoterapia
 |  |
| 1. altre specializzazioni post laurea (eccetto specialità di medicina e chirurgia)
 |  |

**TIPOLOGIA 1**: **IN CORSO DI STUDIO** (laurea triennale o magistrale, tesi, project work, master etc.)

**Corso di laurea triennale**

|  |
| --- |
|  |

**Università Anno di corso**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Corso di laurea magistrale**

|  |
| --- |
|  |

**Università Anno di corso**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Corso di laurea a ciclo unico**

|  |
| --- |
|  |

**Università Anno di corso**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Master**

|  |
| --- |
|  |

**Università Inizio e fine**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**CHIEDE DI POTER ESSERE AMMESSA/O ALLA FREQUENZA C/O L’AZIENDA USL DI PIACENZA**

**Dal (primo del mese) Al Ore totali (se richieste) CFU totali (se richiesti)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Motivazione della frequenza (tesi, project work, tirocinio etc.)**

|  |
| --- |
|  |

**PROPONE LE SEGUENTI STRUTTURE DI INTERESSE (in ordine di preferenza)**

|  |
| --- |
| **1.** |
| **2.** |

**TUTOR AUSL PIACENZA (se noto)**

**Nome**

|  |
| --- |
|  |

**Cognome**

|  |
| --- |
|  |

**Unità Operativa**

|  |
| --- |
|  |

**TUTOR UNIVERSITÀ**

**Nome**

|  |
| --- |
|  |

**Cognome**

|  |
| --- |
|  |

**E-mail**

|  |
| --- |
|  |

**TIPOLOGIA 2 e 3:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA**
 |  |
| 1. **ALTRE SPECIALIZZAZIONI POST LAUREA** (eccetto specialità di medicina e chirurgia)
 |  |

**Laurea in**

|  |
| --- |
|  |

**Università**

|  |
| --- |
|  |

**Data Votazione Estremi iscrizione albo (se richiesta)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

**Iscrizione Scuola di Specialità/Scuola di Psicoterapia (specificare…) Anno di corso**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Indicazione dell’orientamento (solo per i tirocini in PSICOTERAPIA)**

|  |
| --- |
|  |

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

I dati personali raccolti tramite il presente modulo sono trattati dall’Azienda USL di Piacenza, in qualità di Titolare del trattamento, per le finalità correlate alla gestione del tirocinio, nell’adempimento degli obblighi legali e nell’esecuzione dei compiti di interesse pubblico che le disposizioni normative stabiliscono in capo ai soggetti ospitanti. In ogni momento, salvo limitazioni previste dalla legge, l’interessato può esercitare il diritto di accesso ai propri dati personali, la rettifica di quelli inesatti, l’integrazione di quelli incompleti. Inoltre, nelle ipotesi e per i motivi stabiliti dalla legge, può richiedere la limitazione del trattamento ed esercitare il diritto di opposizione. Ulteriori e più complete informazioni sul trattamento dei dati personali, incluse le modalità di esercizio dei diritti, sono consultabili nella sezione Privacy del sito internet dell’Azienda USL di Piacenza.

DATA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE**

Con la sottoscrizione del presente modulo dichiaro di aver preso visione:

1. delle disposizioni che seguono:
	* per poter iniziare la frequenza dovrà essere inviato (o caricato sui portali delle università laddove previsto) il progetto formativo o altro documento che descriva l’attività e gli obiettivi della frequenza (firmato dal tutor universitario, dallo studente stesso e dal tutor o altro delegato aziendale) con la chiara **indicazione delle polizze infortuni e responsabilità civile, con rispettive scadenze e massimali assicurati**;
	* la frequenza potrà iniziare solo a seguito dell’esito positivo della visita di idoneità che verrà eseguita c/o il Servizio Prevenzione e Protezione dell’Ausl di Piacenza;
	* nessuna attività potrà essere svolta prima della conclusione del percorso sopra descritto, la mancata osservazione di queste regole esporrà il firmatario a responsabilità personale (civile e penale) anche in considerazione della non operatività delle coperture assicurative;
2. delle istruzioni che l’Università inviante ha realizzato sulla gestione degli infortuni che potrebbero coinvolgere i tirocinanti.

DATA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_