#### 

# **PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO**

*da consegnare all’Ufficio Stage e Tirocini almeno 7 giorni prima dell’inizio del tirocinio; si accetta il progetto formativo soltanto in presenza di Convenzione già stipulata con l’azienda ospitante.*

(riferimento convenzione Rep. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**stipulata in data **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**)

## **Cognome e Nome del tirocinante** ………………………….………………………………………..………….……………

nato a ……………………………….……il …………………………. cod. fiscale ………..…..……….………………………….

residente a …………………………….……(Prov. ……..) in Via …………………..……………………………… n.…………

cap. …………………… telefono…………………………………..… Cell…………………………………………………………

e-mail (*SOLO casella di posta istituzionale*) ..………………….……………..……………………………@studenti.univr.it

**Attuale condizione dello studente**:

matricola VR………………………… - anno accademico di immatricolazione .…………….…….…..…..…..

corso di laurea/ ~~laurea magistrale~~ ……. ……………………………………………………………………………..…………..…

corso post-lauream ………………………….……………………………………………………………………………..........……

il corso post-lauream si conclude in data ……………………………………..……....…..….

(barrare se trattasi di soggetto portatore di handicap )

**Azienda ospitante**: …**Esempio Rsa…..** …………………….……………..……..………..…

Settore di attività dell’azienda - Codice ATECO …………………………………Partita …………….

Sede principale di svolgimento dello stage: …………………….

Via**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** n. Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov.Tn )\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ulteriore sede aziendale di svolgimento dello stage:

Via …………………………………………. n. …… Comune ..…………………..………..……………(Prov. ……) Cap .…

**N. di dipendenti a tempo indeterminato compreso apprendisti presenti nella sede del tirocinio alla data odierna: ……………..; n. di tirocini attivi nella sede del tirocinio alla data odierna: …..………..**

**(Art. 1 D.M. 142/98)**

**Tempi di accesso ai locali aziendali**

*(da rispettare rigorosamente sia ai fini assicurativi e di ispezione sia per il riconoscimento dei crediti formativi*):

n. **6** giorni la settimana (*il numero massimo di giorni dedicati allo stage*)

n. **8** ore giornaliere (*il numero massimo di ore giornaliere dedicato allo stage*)

mattina: dalle ore **6.45**  alle ore **14.45** pomeriggio: dalle ore **12.00** alle ore **22.00** notte: dalle ore **20.50** alle ore **07.00**

**Periodo di stage:** dal …………….……………………….…..…al …...………..……………………..………….…..…….…

*eventuale sospensione (massimo 1 mese) dal ………….……………………… al ..………………….………….……..…*

**NOTA BENE:*****Ogni variazione deve essere comunicata anticipatamente all’Ufficio Stage e Tirocini (i documenti per la richiesta di modifica sono disponibili on line)***

**Tutor universitario** (in stampatello) ………………………………………….……………….……………………….……………

**Tutor aziendale** (in stampatello) …………………………..………………………………….………………………….…………

**E-Mail del Tutor aziendale** …………………………………………………………………………………………………………

### **Area funzionale di inserimento** (funzione, servizio, reparto aziendale)

***Attività proposte al tirocinante*** Lo studente assiste con gradualità e con supervisione dell’infermiere pazienti in diverse situazioni applicando le conoscenze apprese e realizzando abilità sperimentate e già certificate in situazione protetta di laboratorio

***Principali obiettivi formativi previsti al 1° anno riguardano le seguenti dimensioni***

* Assumere un comportamento professionale
* Autoapprendimento e partecipazione attiva al proprio percorso formativo
* Lavorare in team
* Funzione di accertamento, di giudizio clinico e di monitoraggio
* Proporre e realizzare validi interventi assistenziali
* Stabilire e mantenere una relazione/comunicazione efficace, assicurare benessere e comfort al paziente, ai famigliari e caregiver
* Attuare tecniche assistenziali in modo sicuro

Il *tirocinante dichiara di aver frequentato le lezioni relative all’ambito della sicurezza nei contesti di lavoro e di aver affrontato il corso on-line sulla sicurezza tenuto dall’Università di Verona.*

**Facilitazioni** previste per il tirocinante dal parte del soggetto ospitante (*benefits*, premi, rimborsi spese etc.) …………………………………………………………………………………………………………………………………..………

**Polizze assicurative a carico dell’Università di Verona**:

1. Infortuni sul lavoro INAIL - gestione per conto
2. Responsabilità Civile RCTO/ ITCANB n. 18954 Società Assicuratrice ACE European Group
3. Polizza Infortuni posizione n. 56114002 Società Assicuratrice Allianz

**Obblighi del tirocinante**:

* seguire le indicazioni dei tutor e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze;
* rispettare gli obblighi di riservatezza circa i processi produttivi, prodotti od altre notizie relative all’azienda di cui venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio;
* rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza.

## Verona,………………………….……..

Firma per presa visione ed accettazione del tirocinante ……………..………..….……………..………..…………..…..

Firma per il soggetto promotore - Tutor accademico………………..…..…..…………………………………………...

Timbro e firma per l’azienda - Tutor aziendale………………..…………………….………..……………….…………….