

#### PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO PER STAGE / TIROCINIO

**PRESSO L’AZIENDA ULSS 9 SCALIGERA (EX ULSS 20 DI VERONA)**

da consegnare all’Ufficio Stage e Tirocini almeno 7 giorni prima dell’inizio dello stage.

(riferimento convenzione Rep. n. 1270/16 del 14/04/2016)

## **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**: AZIENDA ULSS 9 SCALIGERA (ex Ulss 20) –

Dipartimento/settore/struttura ………..………………………………………………………………………………………….…….

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

Sede principale di svolgimento dello stage:

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

Ulteriore sede aziendale di svolgimento dello stage:

Via ………………………………………….………… 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: …..………..**

**Tempi di accesso ai locali aziendali**

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

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

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

mattina: dalle ore ………….…. alle ore ………….…. pomeriggio: dalle ore …….…..……. alle ore ..………....….

**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**

**Analisi organizzativa del contesto**

**Affiancamento al tutor aziendale per raggiungere gli obiettivi formativi**

**Principali obiettivi formativi**

**1. Approfondire i criteri, le modalità, le strategie, gli strumenti di programmazione dei servizi sanitari, infermieristici e ostetrici e dello sviluppo organizzativo e professionale**

**2. Analizzare i modelli organizzativi del servizio infermieristico ed ostetrico e le strategie di sviluppo dei livelli di integrazione con le altre componenti del sistema**

**3. Identificare metodi e strumenti della gestione del personale infermieristico e ostetrico**

 **approfondendo gli aspetti di selezione e valutazione delle competenze, delle attitudini, delle conoscenze e del potenziale**

**4. Riconoscere metodi e strumenti di ricerca e valutazione dei risultati gestionali e assistenziali**

**5. Analizzare le strategie del governo clinico e la metodologia del risk management nella gestione dei processi assistenziali**

**6. Comprendere e descrivere i principali processi afferenti alla gestione della formazione di base e continua del personale infermieristico e ostetrico**

**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 ULSS 9 Scaligera - Tutor aziendale………………..………….………..……………….……

Al Direttore Generale Azienda

 ULSS n. 9 Scaligera

 Via Valverde n. 20 - 37122 Verona

Si chiede cortesemente - in qualità di referente per il tirocinio degli studenti del corso di laurea/magistrale/post laurea in ……………………………………………………………………………………….……………………………..…………………….

dell’Università degli Studi di Verona - di accogliere, in esecuzione alla convenzione n. Rep. 1270/16 del 14/04/2016 tra l’Università di Verona l’Azienda ULSS n. 9 Scaligera in esecuzione ed in ottemperanza al D.M. 142/1998 e alla L. Reg. Ven. 3/2009, il seguente studente:

Cognome e Nome ……………………………….……………………….…………….……………………………..…..……………

Nato a............................................................. il.......................................... Residente in .................................................. Cod. fiscale.......................................................................

Attuale condizione: studente universitario - matricola VR………………………….

(barrare se trattasi di soggetto portatore di handicap □)

presso la sede del tirocinio dell’Azienda ULSS n. 9 Scaligera (dipartimento/settore/struttura)

..............................................................................................................................................................................................

per il periodo dal ……………………………………..……..al……………………………..…..…………… sulla base del progetto formativo che verrà allegato alla citata convenzione.

Si dichiara che il Dott……………..………………………………….………………….. dell’Azienda ULSS n. 9 Scaligera ha dato la propria disponibilità per lo svolgimento delle attività in qualità di Tutor aziendale e che i rispettivi Direttori di Dipartimento/Responsabili di struttura complessa/Unità Operativa/coordinatore/ dell’Azienda ULSS n. 9 Scaligera concordano di accogliere tale richiesta.

Si dichiara altresì che lo studente è in possesso delle coperture assicurative in ottemperanza a quanto previsto dal D.M 142/98 alla L. Reg. Ven. 3/2009 come indicato sul modulo di progetto formativo predisposto dall’U.O. Stage e Tirocini dell’Università di Verona.

Verona, ……………………

Il Direttore Dipartimento/Struttura Complessa/Unità Operativa dell’Azienda ULSS n. 9 Scaligera

(Firma………………………………………………)

Il Tutor dell’Azienda ULSS n. 9 Scaligera

(Firma………………………………………………)

Il Tirocinante

(Firma………………………………………………)

Il Referente del Corso di laurea/magistrale/post laurea

(Firma………………………………………………)