Alla S.C. Personale e Gestione Risorse Umane

Alla S.S. Qualità e Sicurezza Aziendale

Alla S.S. Formazione e Cooperazione Scientifica

dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte,
Liguria e Valle d'Aosta
Via Bologna, 148 – 10154 TORINO

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____ CAP _____
cell._____ e-mail _____
in possesso del titolo di studio _____
iscritto/a al corso di laurea _____
presso l'Università _____ matricola _____

CHIEDE DI

POTER FREQUENTARE, IN QUALITÀ DI TIROCINANTE/TESISTA:
LA S.S. / S.C _____
☐ **IL LABORATORIO**

DAL _____ **AL** _____
N. ORE TOTALE _____ **N. ORE AL GIORNO** _____
e-mail Direttore S.C.: _____

EFFETTUARE LA VISITA MEDICA IN:

○ **PIEMONTE**

○ **LIGURIA**

○ **VALLE D'AOSTA**

ALLEGA AL PRESENTE MODULO (se disponibili):

☐ **GIUDIZIO DI IDONEITÀ**

☐ **ANALISI DEL SANGUE**

☐ **ATTESTATO FORMAZIONE SICUREZZA - PARTE GENERALE**

☐ **ATTESTATO FORMAZIONE SICUREZZA - RISCHIO SPECIFICO ALTO**

Si esprime parere favorevole al tirocinio dello/a studente presso la S.C./S.S. previo accertamento idoneità.

Tutor IZS: _____

Firma del tutor IZS

_____

DIRETTORE S.C.

_____

TIROCINANTE

_____

MODULO DI INQUADRAMENTO ATTIVITA' TIROCINANTE

Il/La sottoscritto/a _____,
in qualità di Responsabile della Struttura Complessa_____,

Dichiara che:

- le attività assegnate al tirocinante sono state preventivamente concordate in base al progetto formativo;
- saranno garantite condizioni di lavoro conformi ai requisiti di salute e sicurezza e risultano coerenti ai sensi del D.Lgs. 81/2008;
- il tirocinante opererà sotto adeguata supervisione e nel rispetto delle procedure interne;
- saranno applicate tutte le misure di prevenzione e protezione necessarie;
- i locali e le strutture in cui si svolgerà il tirocinio risultano idonei sotto il profilo della salute e sicurezza e conformi ai requisiti previsti dalla normativa vigente;
- la presenza del tirocinante non comporta alterazioni delle condizioni di sicurezza, né superamento dei limiti di capienza o delle condizioni operative già valutate;

Si impegna a:

- non adibire il tirocinante ad attività diverse da quelle dichiarate;
- interrompere immediatamente le attività qualora emergano condizioni di rischio non previste;
- segnalare tempestivamente eventuali variazioni delle attività o dei rischi;

Dati del tirocinante

Nome e Cognome: _____
Periodo tirocinio: dal _____ al _____

Dati della struttura
Struttura Semplice _____

Dati del Tutor

Nome e Cognome: _____

Qualifica: _____

Descrizione delle attività

_____

_____

_____

_____

Sostanze / Agenti

Strumenti / Attrezzature

Data: _____

Firma del Responsabile SC:

_____