Al Direttore Generale

Azienda Regionale di Coordinamento

per la Salute

Via Pozzuolo, 330

33100 Udine

Oggetto**: Parere sulla richiesta di tirocinio/stage/frequenza volontaria**

Il/La sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di Direttore/Responsabile della Struttura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ESPRIME PARERE**

* FAVOREVOLE
* NON FAVOREVOLE

per l’attività di:

* TIROCINIO OBBLIGATORIO
* TIROCINIO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO
* STAGE
* FREQUENZA VOLONTARIA

svolto presso la propria struttura da parte del dr./dott.ssa/sig./sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

come da convenzione in essere con\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per il periodo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**DESIGNA QUALE TUTOR AZIENDALE**

il dr./dr.ssa/sig./sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

mail aziendale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA CHE**

il dr./dr.ssa/sig./sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **non sarà addetto** ad attività che comportino rischi per i quali è prevista la sorveglianza sanitaria;
* **sarà addetto** ad attività che comportano rischi per i quali è prevista la sorveglianza sanitaria e richiede pertanto l’invio dello stesso alla valutazione del medico competente di ARCS;

**DICHIARA INOLTRE CHE**

* è consapevole che la vigilanza degli obblighi assunti dal soggetto ospitante con la stipula della convenzione di cui sopra e la sottoscrizione del progetto formativo compete al Direttore/Responsabile della struttura presso cui il tirocinio viene svolto

Luogo e data IL DIRIGENTE RESPONSABILE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il TUTOR accetta la designazione ed i diritti e doveri connessi alla funzione

Luogo e data IL TUTOR

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_