



### Progetto formativo e di orientamento

Nominativo del tirocinante.....

Nato/a a.....Prov. di.....

Residente in.....Cod. Fis.....

#### **Frequentante corso di specializzazione post laurea presso la Scuola "il Ruolo Terapeutico di Genova"**

Azienda ospitante.....

Sede del tirocinio (servizio, reparto, ufficio).....

Via.....N.....CAP.....Città.....(.....)

Tel.....Fax.....mail.....

Cod.Fisc. o Partita IVA.....

Tempi del tirocinio (monte ore annuale).....periodo.....

Tutor indicato dal soggetto promotore.....

Tutor aziendale.....

Polizze Assicurative.....

Infortuni.....

Responsabilità civile verso terzi.....

#### **Obiettivi del tirocinio**

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

#### **Obblighi del tirocinante:**

- 1) Seguire le indicazioni dei tutor e fare riferimento ad essi per qualsiasi emergenza di tipo organizzativo o altro
- 2) Rispettare gli obblighi di riservatezza per quanto attiene a dati, informazioni o conoscenze in merito agli utenti del servizio ospitante acquisiti durante lo svolgimento del tirocinio
- 3) Rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza

Genova,.....

Il tirocinante rilascia consenso per il trattamento dati ai sensi del D.L. 196 (30/6/2003)

Firma per presa visione e accettazione del tirocinante.....

Firma per il soggetto promotore.....

Firma per l'ente ospitante.....