

MODULO

Parere Tirocinio CP (FORM.MO.2302.03).doc

Pag. 1/1

Parere del Responsabile della Struttura per i Tirocini Curriculari e professionalizzanti

Il Responsabile della Struttura
presa visione della richiesta di tirocinio di
per il periodo dalal
♦ Esprime parere favorevole alla frequenza e stabilisce che il frequentante potrà svolgere le seguenti attività:
♦ Esprime parere NON favorevole alla frequenza con la seguente motivazione:
\Diamond In caso di parere favorevole individua il nominativo del tutor aziendale:
Per il comparto parere del DIPSA SI NO Firma del Responsabile
in riferimento al Regolamento per i tirocini:
dichiara
di aver preso visione del "Regolamento per lo svolgimento di tirocini curriculari o professionalizzanti presso strutture dell'ASL VC" e di accettarlo integralmente.
di adottare tutte le misure organizzative di prevenzione e protezione previste dalla normativa vigente nazionale e regionale negli ambienti di lavoro, assicurando al tirocinante adeguati livelli di protezione, informazione e formazione sull'utilizzo dei DPI e tutte le precauzioni sanitarie necessarie.
♦ che è necessario sottoporre a sorveglianza sanitaria per rischi relativi alle radiazioni ionizzanti (D.Lgs 230/95 e s.m.) il frequentatore in quanto esposto a rischi contemplati dalla normativa (barrare se necessario) Data
firma del Tutor
timbro e firma del Responsabile Struttura

Stesura:	Verifica:	Autorizzazione:	Emissione:
Daniela Bervignoli – Responsabile e Referente Formazione	Michela Cagliano – Referente S.S.	Eva Colombo – Direttore	Daniela Bervignoli – Responsabile
Aziendale e Sistema ECM – Giugno 2023	Qualità – Giugno 2023	Generale ASL VC - Giugno 2023	Servizio Formazione Aziendale –
Luigia Maria Calderaro – Referente Qualità Sistema ECM –			Giugno 2023
Giugno 2023			1
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA S	E NON DITO ESSEDE LISATO O DIDO	ODOTTO SENZA ALITOPIZZAZIONE	