

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche

# MODULO DI ATTIVAZIONE TIROCINIO

**Dati relativi allo studente**

Cognome e Nome: ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Data e luogo di nascita: ……………………………………………

Anno di corso: □ 1° □ 2°

# Dati relativi al tirocinio

Denominazione Azienda/ente: ………………………………………………………………………………………………………………………

P.I. o C.F.: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Legale rappresentante: ………………………………………………………………………………………………………………………………

Unità/Servizio dove si svolge il tirocinio: ………………………………………………………………………………………………………

Tutor aziendale: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Qualifica ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Indirizzo: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Telefono: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

E-mail: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Tutor di tirocinio: …………………………………………………………………… Qualifica:……………………………………………………

Telefono:………………………………………………………… E-mail:…………………………………………………………………………………

Totale ore: ……………………………………………

Periodo: dal …………………………………………… al ……………………………………………

# Lo studente e il tutor hanno preso visione delle linee guida di tirocinio: Firme …………………………………………………

Obiettivi di tirocinio: …………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Tutor universitario (se presente): Cognome e Nome ………………………………………………………………………………………

Data ……………………………………………

LO STUDENTE RICHIEDENTE IL RESPONSABILE DEL TIROCINIO

……………………………………………………………………… ……………………………………………………………………… Per accettazione: IL TUTOR AZIENDALE

………………………………………………………………………

**Contratti assicurativi di Ateneo**

Polizza Infortunio cumulativa POSTE ASSICURA nr.72315.

Polizza RCT-O ( Responsabilità civile per danni a terzi) : UNIPOLSAI nr.1-52380-65-171463068

Modulo 2 - Versione 04/02/2020