#### Logo Università di Verona

DA COMPILARE A COMPUTER

# **PROGETTO FORMATIVO DI TIROCINIO**

# **AD USO ESCLUSIVO DEI CORSI DI STUDIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

*da trasmettere in PDF a* ***ufficio.stage@ateneo.univr.it*** *almeno 7 giorni lavorativi prima dell’inizio del tirocinio*

N. di riferimento della convenzione Rep. ……….………...… stipulata in data ……………………………..

## **Cognome e nome dello/della studente/studentessa** ……………………………………………..……..……….

nato/a a …………………………….……il ……………… cod. fiscale ………….…..…….………………………….

residente a …………………………….…(Prov. ……..) in Via …………………..……..……………………n.……

cap. …………………… telefono………………………

e-mail (*SOLO casella di posta istituzionale*) ……………………..……………………………@studenti.univr.it

**Attuale condizione dello/della studente/studentessa**:

matricola VR………………………… - anno accademico di immatricolazione ………..…..

» corso di laurea o laurea magistrale **Scienze Infermieristiche e Ostetriche – sede di Verona**

» master ………………….…………………….…………………………………………………………………………..

(il master si conclude in data ……………………)

(barrare se trattasi di soggetto portatore di handicap )

**Azienda ospitante:** ………………………………………………………....……………………….……………..…….

Partita Iva …………………………………….

Sede principale di svolgimento del tirocinio

Via …………………………………. n. … Comune ..……………..………..……………(Prov. ……) Cap .………

Ulteriore sede aziendale di svolgimento del tirocinio

Via ………………………………… n. ….. Comune ..………………..………..……………(Prov. ……) Cap .…..

**Tempi di accesso ai locali aziendali:**

*(da rispettare rigorosamente ai fini assicurativi e di ispezione*)

n. …………….... giorni la settimana (*il numero massimo di giorni dedicati al tirocinio*)

n. ……………… ore giornaliere (*il numero massimo di ore giornaliere dedicato al tirocinio*)

mattina: dalle ore ………….… alle ore ………….…pomeriggio: dalle ore ……….….…. alle ore ..……….…...

**Periodo di tirocinio:** dal …………….……………….…..…al …...………..………..…….…..…….…

*eventuale sospensione dal ………….…………………… al ..………………….………….……..…*

N.B.: *Ogni variazione va comunicata anticipatamente all’Ufficio Stage e tirocini con una e-mail dettagliata.*

**Nome e cognome del/della Tutor accademico/a Dott.ssa SILVIA VINCENZI**

**Nome e cognome del/della Tutor aziendale** ……………………………………………..…………....………….

(e-mail del/della Tutor aziendale ……………………………………..……………....…………………………………)

### **Area funzionale di inserimento** (funzione, servizio, reparto)

### ………………………………………………………....……………………….……………..…………………………..

### **Attività proposta al/alla tirocinante**

Analisi organizzativa del contesto

Affiancamento al tutor aziendale per raggiungere gli obiettivi formativi

**Principali obiettivi formativi**

1.Approfondire i criteri, le modalità, le strategie, gli strumenti di programmazione dei servizi sanitari, infermieristici e oste-trici e dello sviluppo organizzativo e professionale

2.Analizzare i modelli organizzativi del servizio infermieristico ed ostetrico e le strategie di sviluppo dei livelli di integra-zione con le altre componenti del sistema

3.Identificare metodi e strumenti della gestione del personale infermieristico e ostetrico approfondendo gli aspetti di selezione e valutazione delle competenze, delle attitudini, delle conoscenze e del potenziale

4.Riconoscere metodi e strumenti di ricerca e valutazione dei risultati gestionali e assistenziali

5.Analizzare le strategie del governo clinico e la metodologia del risk management nella gestione dei processi assistenziali

6.Comprendere e descrivere i principali processi afferenti alla gestione della formazione di base e continua del persona-le infermieristico e ostetrico

**Facilitazioni** previste per il/la tirocinante da parte del Soggetto ospitante (*benefits*, premi, rimborsi spese etc.) ………………………………………………………………………………………………………………………………

**Polizze assicurative a carico dell’Università di Verona**:

1. Infortuni sul lavoro INAIL - gestione per conto dello Stato
2. Responsabilità Civile verso terzi e verso prestatori di lavoro: Axa Assicurazioni Spa m. 412211140
3. Polizza Infortuni: UnipolSai Assicurazioni n. 202519116

**Obblighi del/della tirocinante**:

* seguire le indicazioni dei tutors e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze;
* rispettare gli obblighi di riservatezza circa i processi produttivi, prodotti od altre notizie relative al Soggetto ospitante di cui venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio;
* rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza.

**Misure per il contenimento dell’epidemia da covid-19: il Soggetto ospitante dichiara di aver adottato un protocollo di sicurezza.**

Per presa visione ed accettazione

## Luogo e data ………………………………………….

Firma del/della tirocinante ……………..……………....………..…………..…..

Firma del/della tutor accademico/a ……………..…..…..………………………………...

Timbro del/della tutor aziendale ……..…………………….………..………………….