



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
FIRENZE

Scuola di  
Scienze della  
Salute Umana

Al Direttore dell'Azienda  
-----

## Oggetto: Attività propedeutica alla Tesi

Siamo a chiedere a codesta struttura l'accesso per lo svolgimento di attività propedeutica alla preparazione Tesi dello/a studente/sa -----  
iscritto/a al Corso di Laurea in -----

Si precisa che:

- La copertura assicurativa per infortuni occorsi allo studente durante lo svolgimento delle attività previste dal progetto è a carico dell'Ateneo di Firenze (polizza infortuni cumulativa nr. 350600615 stipulata con Generali Italia SpA).
- Lo studente ha sottoscritto la dichiarazione relativa alle coperture assicurative per contagio COVID-19 (in allegato)
- La copertura assicurativa per RCT occorsi allo studente durante lo svolgimento delle attività previste dal progetto è a carico dell'Ateneo di Firenze (polizza RCT/O Generali n. 350600609).
- lo studente è in possesso di certificazione di idoneità rilasciata dalla Medicina del Lavoro dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi ed è in possesso del certificato di formazione generale e specifica rilasciato dal questo Ateneo ai sensi del Decreto Legislativo 81/2008;

Gli obiettivi formativi attesi, già concordati per vie brevi, sono riportati nel documento allegato, che, ove nulla osti, Codesta Struttura vorrà restituire debitamente sottoscritto per accettazione.

Il soggetto promotore ed il soggetto ospitante si impegnano reciprocamente a trattare e custodire i dati e le informazioni, sia su supporto cartaceo che informatico, relativi all'espletamento di attività riconducibili al progetto, in conformità alle misure e agli obblighi imposti dal *Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)*. Ciascuna parte è titolare del trattamento dei propri dati.

Il Presidente  
del Corso di Studi

Visto, si autorizza

IL DIRETTORE GENERALE dell'Azienda (o suo delegato)



## Allegato

<b>Denominazione Corso di Studio</b>	
<b>Studente</b>	
Nome	
Cognome	
Luogo e data di Nascita	
Codice fiscale	
Numero di matricola	
E-mail istituzionale	
Tel. Cellulare n°	
In regola con gli adempimenti ex Dlgs 81/2008 sulla sicurezza dei luoghi di lavoro	IDONEO
<b>Tutor universitario (relatore di tesi)</b>	
Nome	
Cognome	
Data di nascita <sup>1</sup>	
Ruolo	
E-mail istituzionale	
Tel. Cellulare n° (se del caso)	
<b>Struttura ospitante</b>	
<b>Rappresentante legale o Direttore di Dipartimento/DAI</b>	
Nome	
Cognome	
Data di nascita <sup>1</sup>	
E-mail istituzionale	
Tel. Cellulare n°	
<b>Tutor e referente per le attività<sup>2</sup></b>	
Nome	
Cognome	
Data di nascita	
E-mail istituzionale	
Tel. Cellulare n°	

<sup>1</sup> Solo per personale non Unifi

<sup>2</sup> il tutor deve essere individuato in personale dipendente della struttura



Progetto delle attività	
Periodo	Dal.....al.....
Sede di svolgimento delle attività	
Descrizione del progetto e delle attività da svolgere	
	<b><u>Si attesta che trattasi di attività osservazionale</u></b> e non riconducibile a prestazioni assistenziali di carattere ambulatoriale e da servizi di diagnosi e cura di ogni tipo.
Rischi lavorativi connessi all'attività	<input type="checkbox"/> RISCHIO CHIMICO <input type="checkbox"/> BIOLOGICO <input type="checkbox"/> OGM <input type="checkbox"/> CANGEROGENI E MUTAGENI <input type="checkbox"/> RADIAZIONI OTTICHE <input type="checkbox"/> CAMPI ELETTROMAGNETICI <input type="checkbox"/> RADIAZIONI IONIZZANTI

<b>Lo studente si impegna</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Al corretto utilizzo dei Dispositivi di Protezione individuali forniti dalla struttura ospitante e al rispetto del regolamento sulla sicurezza fornito dalla stessa, che si farà carico di formare e informare sui rischi per la salute e la sicurezza che l'attività svolta può comportare ed a seguire i moduli formativi specifici che l'Azienda potrà richiedere.</li><li>• Ad osservare quanto previsto nel Regolamento Aziendale sulla Privacy in merito al trattamento dei dati.</li><li>• A non divulgare dati personali e sensibili dell'Azienda e dei suoi utenti eventualmente acquisiti durante il periodo di attività presso la struttura, attenendosi a criteri di massima riservatezza.</li></ul>
-------------------------------	--

Firma Studente (scrivere il nome in stampatello e firmare)

Firma Tutor Universitario (scrivere il nome in stampatello e firmare)

Firma del Tutor referente per l'attività (scrivere il nome in stampatello e firmare)

Firma per accettazione del rappresentante legale struttura ospitante o Direttore di Dipartimento/DAI



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
FIRENZE

Scuola di  
Scienze della  
Salute Umana

---

**DICHIARAZIONE TIROCINANTE  
IN MERITO ALLA ESCLUSIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA PER  
CONTAGIO COVID-19**

All'Università degli Studi di Firenze  
Piazza San Marco, 4 50121 - Firenze  
(FI)

La/Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nata/o a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
in qualità di studentessa/studente dell'Università degli Studi di Firenze avente matricola  
n. \_\_\_\_\_ frequentante il Corso di laurea \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
abilitante alla professione di \_\_\_\_\_

**DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA:**

- che, stante l'attuale situazione di emergenza sanitaria, l'Università degli Studi di Firenze ha consentito l'acquisizione di parte dei crediti formativi connessi al Tirocinio secondo modalità alternative in sostituzione dello svolgimento in presenza;
- che alcune attività devono comunque essere svolte in presenza, così come previsto con D.R. n.577 del 25 maggio 2020, prot. n. 73965, pubblicato sul sito istituzionale;
- che agli Studenti, nel caso di tirocinio sia a distanza sia in presenza, sono garantite le coperture assicurative relative alla responsabilità civile verso terzi e agli infortuni dalla polizza infortuni cumulativa, stipulata dall'Università;
- che le attività di tirocinio in presenza, ai fini della copertura da infezione per CORONAVIRUS, sono disciplinate da INAIL secondo quanto previsto nelle Circolari [n. 13 del 3 aprile 2020](#) e [n. 22 del 20 maggio 2020](#).

**DICHIARA inoltre di impegnarsi:**



- 
- ad attenersi alle norme di comportamento consuete, alle quali si aggiungerà il massimo rispetto per le procedure necessarie alla tutela della salute propria, dei pazienti e degli operatori relativamente ai “rischi COVID correlati”;
  - a rispettare con la massima attenzione ogni indicazione che verrà fornita dal tutor;
  - a provvedere al cambio quotidiano della divisa, ritirandola presso le sedi indicate dal DAF o dall’Azienda e cambiandosi negli spazi individuati che saranno indicati dal Coordinatore;
  - di aver preso visione delle informazioni pubblicate sul [Sito della Regione Toscana](#), con particolare riferimento a:
    - [i 5 momenti per l’igiene delle mani](#)
    - [Regole di comportamento generali da applicare in tutti i setting clinico-assistenziali](#)
    - [Regole di comportamento per la protezione e prevenzione](#)
    - [Regole minime di comportamento per la protezione e prevenzione nei diversi possibili contesti](#),
- e che le applicheranno in sede di tirocinio in relazione al contesto.

Firenze,

Firma

---