



## PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

Nominativo del tirocinante.....  
Nato a.....il.....Iscritto/a nell'a.a. ....al ..... anno del  
CdL in ..... della Facoltà di Medicina e Chirurgia  
dell'Università Politecnica delle Marche, matricola n.....  
Residente a.....Via.....n.....  
Azienda Ospitante.....Sede della frequenza.....  
Periodo di frequenza nella U.O. / S.O.D. dal.....al.....

### **Polizze assicurative:**

Estremi polizza di assicurazione cumulativa per infortuni nr. 1/52784/77/146835961

Estremi polizza Responsabilità Civile cumulativa - Compagnia di Assicurazione UNIPOL SAI  
nr. 1/2518/65/146835427 – scadenza 31 Dicembre 2021

### **Obiettivi:**

- 1) Integrare le competenze teoriche acquisite nel corso delle lezioni con attività clinica applicata, potenziando le capacità di autoapprendimento e di autovalutazione;
- 2) Garantire la crescita professionale (assessment e concettualizzazione del caso, programmazione e verifica dell'intervento terapeutico) e di una sensibilità deontologica verso i pazienti;
- 3) Apprendere le basi semeiologiche delle scienze cliniche attraverso una attività di affiancamento al letto del malato;
- 4) Sviluppare conoscenze della buona pratica clinica basata sulle evidenze scientifiche;
- 5) Acquisire crescenti capacità comunicative, di contatto umano e conoscenze della pratica di lavoro interdisciplinare e interprofessionale;

### **Obblighi del tirocinante:**

- 1) Svolgere le attività previste dal progetto formativo e di orientamento;
- 2) Rispettare le norme in materia di igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro;
- 3) Mantenere la necessaria riservatezza per quanto attiene ai dati informazioni o conoscenze in merito a processi produttivi e prodotti, acquisiti durante lo svolgimento dell'attività di frequenza autorizzata

Data\_\_\_\_\_

Firma studente \_\_\_\_\_

Firma Tutor Aziendale\_\_\_\_\_

Firma Presidente CDL in \_\_\_\_\_