

Prof.ssa Donatella Feretti  
Presidente  
Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria

Dott.ssa Annalisa Longari  
Direttore delle Attività Didattiche  
Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria

**PROPOSTA DI NOMINA ASSISTENTE DI TIROCINIO o GUIDA DI TIROCINIO A.A. 2024-2025**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

in attività presso (indicare l'Ente) \_\_\_\_\_

nella Struttura/UO (indicare Servizio e sede di lavoro) \_\_\_\_\_

con la qualifica di \_\_\_\_\_

a tempo  PIENO  PARZIALE per n. \_\_\_\_\_ ore/settimana

recapito telefonico: \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

la propria disponibilità a svolgere la funzione di:

Assistente di Tirocinio

Guida di Tirocinio

per il Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria per l'Anno Accademico 2024-2025.

A tal fine, il/la sottoscritto/a si impegna a:

- creare un contesto di tirocinio che faciliti l'accoglienza, l'integrazione e l'apprendimento dello studente;
- orientare e assistere lo studente, rendendolo attivamente partecipe al percorso formativo;
- assumere la funzione di "modello di ruolo" che guida lo studente nell'apprendimento professionale e supervisionarne l'attività;
- effettuare la valutazione formativa durante e al termine dell'esperienza di tirocinio;
- svolgere con impegno e competenza tale funzione;
- comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione sopraggiunta ai dati sopra riportati.

Il sottoscritto accetta di svolgere la funzione di assistente/guida al tirocinio alle condizioni e regole previste dalla normativa vigente, dai regolamenti universitari e dal proprio Ente di appartenenza.

Si allega Curriculum Vitae (non obbligatorio per il personale già identificato come assistente/guida di tirocinio nell'A.A. 2023-2024)

Data, \_\_\_\_\_

Visto: Il Dirigente Responsabile

\_\_\_\_\_  
Firma Assistente/Guida di tirocinio