



*ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI TRENTO*

*Via V. Zambra, 16 – 38121 Trento
Cod. Fisc. 80013290228*

**Marca da
bollo
Euro 16,00**

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento:

TRAINING FORMATIVO OSSERVAZIONALE

Il/La sottoscritto/a

CHIEDE DI PARTECIPARE

per il periodo dal al presso l'Unità Operativa di.....
ospedale/presidio di
nome e cognome del medico/odontoiatra Tutor
data e luogo di nascita Tutor
qualifica Tutor
recapiti e contatti Tutor

a titolo gratuito **e senza che ciò comporti alcuna attività lavorativa autonoma o subordinata,**

al percorso formativo di **TRAINING FORMATIVO OSSERVAZIONALE** per approfondimento teorico
pratico nell'ambito della formazione ECM concordato tra Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della
Provincia di Trento e APSS.

**A tal fine, consapevole di quanto disposto dall'art. 76 del DPR. 28/12/2000, n. 445 "Testo unico
delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa",
nonché della sanzione della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento
adottato in base a una dichiarazione rivelatasi successivamente non veritiera,**

DICHIARA:

- di essere nato/a ail.....
- di essere residente a in via
- di essere contattabile ai seguenti recapiti:
telefono/cellulare.....e-mail/PEC.....

- di non aver riportato condanne penali
- di avere riportato le seguenti condanne penali:
- di essere in possesso del seguente titolo di studio
conseguito presso in data
- di essere abilitato all'esercizio della professione
- di aver conseguito diploma di specializzazione in
presso..... in data
- di essere iscritto all'OMCeO della provincia di dal..... al n.
- essere in possesso di polizza assicurativa per responsabilità professionale n.
stipulata con l'Istituto Primario di Assicurazione Agenzia di
(indicare l'indirizzo)
la polizza decorre dal scade il
- Il massimale assicurato è di Euro per**
- di essere in possesso di polizza assicurativa per infortuni n. stipulata con
l'Istituto Primario di Assicurazione..... Agenzia di
(indicare l'indirizzo)
la polizza decorre dal scade il
- I massimali coperti dalla polizza sono:**
- morte €
- invalidità permanente €
- che la/e copia/e dei titoli allegata/e alla presente dichiarazione e contraddistinta/e con i numeri da
a è/sono conforme/i all'/agli originale/i.

Il sottoscritto dichiara

- di aver preso visione e di accettare tutte le norme contenute nella **Convenzione stipulata tra Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trento e APSS** in data 30 ottobre 2024, con Deliberazione n. 737 del 30/10/24, nonché quelle concernenti l'organizzazione della/e Unità Operativa/e frequentata/e, anche ai fini delle norme sulla salute e sicurezza sul lavoro.
In particolare, ne sottoscrive espressamente per presa visione ed accettazione i punti:
1 (Destinatari), 2 (Modalità e contenuti), 3 (Durata), 6.4 (Autorizzazione per l'accesso alle strutture aziendali), 7 (Crediti Formativi), 4, 8 (Obblighi dei Partecipanti), 9 (Sospensione), 10 (Obblighi di salute e sicurezza) e 11 (Coperture Assicurative) della predetta convenzione, allegati alla presente richiesta **(ALLEGATO 1)**.
- di aver svolto la formazione sulla sicurezza generale (4 ore)** credito formativo permanente, come previsto dal punto 10 della Convenzione, corso svolto a il presso il seguente ente

oppure

- di non aver svolto** alcun corso di **formazione sulla sicurezza generale** e di impegnarsi nella frequenza del corso gratuito attivato on-line dallo scrivente Ordine e denominato "Formazione generale in materia di sicurezza e salute sul lavoro", impegnandosi a trasmettere all'Ordine il documento di avvenuta frequenza (informazioni specifiche presso la Segreteria dell'Ordine).
- di sottoscrivere, per presa visione, l'**informativa relativa alla copertura assicurativa** per responsabilità civile verso terzi e per infortuni (**ALLEGATO 2**).
- di aver ricevuto il documento di registrazione per la rilevazione della frequenza anche ai fini del riconoscimento dei crediti formativi, come previsto dal punto 7 della Convenzione (**ALLEGATO 3**).
- di aver preso visione dell'**informativa privacy**, parte integrante del presente modulo.

Qualora la presente dichiarazione non venisse firmata davanti al Funzionario addetto a ricevere la documentazione, perché inviata tramite servizio postale o con altra modalità, dovrà essere allegata una copia fotostatica, anche non autentica, di un documento d'identità in corso di validità.

NOTA BENE

L'Amministrazione non si assume alcuna responsabilità per errori, inesattezze o incompletezza dei dati indicati, che potranno comportare conseguenze negative a livello di certificazione della frequenza.

L'Azienda utilizzerà i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (GDPR 679/16 e D. Lgs. 30 giugno 2003 n.196 "codice in materia di protezione dei dati personali"). L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri allega alla presente la propria informativa privacy per la formazione.

IL MEDICO/ODONTOIATRA

SI IMPEGNA A COMUNICARE LA DATA DI CESSAZIONE EFFETTIVA DELLA FREQUENZA E A CONSEGNARE IL QUESTIONARIO NECESSARIO PER IL RICONOSCIMENTO DEI CREDITI FORMATIVI ECM (I CREDITI SONO RICONOSCIUTI PER UN PERIODO DI FREQUENZA NON INFERIORE A 100 ORE).

Luogo e data _____

(Firma per esteso e leggibile)

ALLEGATI COME DA TESTO

**INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 - ATTIVITÀ DI FORMAZIONE
(partecipanti ai corsi)**

1. Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento rappresentata dal Presidente *pro tempore*, con sede a Trento, in via Valentina Zambra 16 segreteria.tn@pec.omceo.it

2. Responsabile della protezione dei dati

È possibile contattare il Responsabile della Protezione dei Dati/Data Protection Officer-DPO dell'Ordine 37-39 del Regolamento UE n. 2016/679 – di seguito GDPR) attraverso l'indirizzo di posta elettronica s.boschello@responsabileprotezione.it

3. Tipologia di dati trattati, finalità e base giuridica del trattamento

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento in qualità di Provider della formazione, tratta dati personali per le seguenti finalità:

- organizzazione e gestione, anche attraverso modalità *e-learning*, della formazione e dell'aggiornamento professionale, con correlate attività amministrative, quali la gestione delle procedure per il rilascio dei crediti ECM e degli attestati di partecipazione;
- informazione sulla programmazione delle diverse attività di formazione e sugli aggiornamenti di settore;
- controllo e valutazione della qualità dell'attività di formazione.

Le basi giuridiche del trattamento dei Dati Personali sono individuabili all'art. 6 lett. c ed è del GDPR, nell'esecuzione di compiti di interesse pubblico o connessi all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il Titolare del trattamento nonché nella necessità di adempiere agli obblighi imposti dalla vigente normativa per la semplificazione e l'innovazione digitale della P.A. al quale è soggetto il Titolare del trattamento.

Nel corso delle iniziative formative l'Ordine potrebbe richiedere l'acquisizione e il successivo utilizzo di foto e filmati dell'evento e dei relativi partecipanti; in tal caso, oltre alla previsione di un avviso informativo all'esterno della classe, sarà richiesto agli interessati il rilascio di uno specifico consenso.

4. Modalità del trattamento

Le operazioni di trattamento sono svolte con o senza l'ausilio di strumenti elettronici o comunque automatizzati, nel pieno rispetto delle norme di legge vigenti, secondo principi di liceità e correttezza e in modo da tutelare al massimo la riservatezza degli interessati. L'Ordine dispone l'utilizzo di adeguate misure di sicurezza al fine di preservare l'integrità e la disponibilità dei dati personali raccolti, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 32 del GDPR in materia di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente autorizzati ai sensi dell'articolo 29 dello stesso GDPR. Il trattamento potrà essere effettuato da terzi che forniscono specifici servizi elaborativi, amministrativi o strumentali, necessari al raggiungimento delle finalità, all'uopo designati Responsabili del trattamento, ai sensi dell'art. 28 del GDPR, quale, ad esempio, Tecsis srl, NBS s.r.l.

5. Comunicazione e diffusione dei dati personali

I dati personali degli interessati saranno comunicati, ai sensi dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "La formazione continua nel settore salute" del 2 febbraio 2017:

- alla Provincia autonoma di Trento – Dipartimento Salute e Politiche sociali Unità di missione semplice personale del Servizio sanitario provinciale, formazione e rapporti con le Università (portale www.ecmtrento.it) e per gli adempimenti di legge al Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie («Co.Ge.A.P.S.»)

I dati personali necessari per partecipare all'attività formativa non saranno oggetto di comunicazione da parte dell'Ordine a soggetti che operano in Paesi terzi od Organizzazioni internazionali. I dati personali trattati non saranno diffusi.

6. Periodo di conservazione

I dati raccolti saranno conservati per un arco temporale non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati e/o per un tempo coerente con gli obblighi di legge. Saranno effettuate verifiche periodiche rispetto all'obsolescenza dei dati conservati in relazione alle finalità per cui gli stessi sono stati raccolti.

7. Diritti dell'interessato

Ai soggetti interessati spettano – in quanto applicabili – i diritti di cui agli artt. 15-22 del GDPR, in particolare il diritto di accesso, il diritto di cancellazione, limitazione e rettifica, il diritto di opposizione, il diritto di revoca del consenso ove previsto. Tali diritti sono esercitabili, nella misura eventualmente applicabile al trattamento oggetto della presente informativa, inviando una formale istanza al Titolare del trattamento, i cui dati di contatto sono disponibili all'indirizzo www.ordinemedicimn.it

8. Diritto di reclamo

I soggetti interessati che ritenessero che il trattamento dei dati personali avvenga in violazione rispetto a quanto previsto dal GDPR e dalla normativa vigente in materia di *data protection* hanno, altresì, il diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali.

Il Titolare del trattamento
L'OMCeO di Trento

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

Il sottoscritto.....incaricato, ATTESTA ai sensi dell'art. 30 del T.U. D.P.R. 445/2000, che l'istanza:

- è stata presentata personalmente dal sottoscrittore identificato con documento
- è stata presentata, corredata da copia del documento di identità valido del sottoscrittore, dal sig.
identificato con documento
- è pervenuta a mezzo posta corredata di copia del documento di identità valido del sottoscrittore.

Data _____

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

ALLEGATO 1 – CONVENZIONE



*Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento*

CONVENZIONE

PER LO SVOLGIMENTO DI TRAINING FORMATIVI OSSERVAZIONALI – PROGETTO ECM

tra

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trento, con sede legale in via V. Zambra n. 16 - 38121 Trento in persona del Presidente e legale rappresentante protempore dott. Marco Ioppi nato ad Arco (TN) il 14/07/1946 (di seguito "Ordine")

e

L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento, in persona del legale Rappresentante Direttore Generale dott. Antonio Ferro nato a Bassano del Grappa (VI) il 22/05/1962 (di seguito "APSS" o "Azienda")

per la definizione delle modalità di svolgimento di training formativi osservazionali promossi a favore degli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trento presso le Unità Operative ospedaliere e territoriali dell'APSS nell'ambito di programmi di *Formazione Continua in Medicina*, di cui all'Accordo Stato, Regioni e Province Autonome del 02 febbraio 2017 e in attuazione degli "Indirizzi per la formazione continua obiettivi provinciali" di cui a Piano Triennale della Formazione degli operatori del Sistema Sanitario Provinciale (1 ottobre 2023 – 30 settembre 2026) approvato con deliberazione della Giunta provinciale n. 2450 del 21/12/2023

OGGETTO

Viste le finalità istituzionali dell'Ordine ai sensi del D.lgs.C.P.S. n. 233 del 13 settembre 1946 art. 3; visto l'art. 1 Regolamento APSS di disciplina tirocini e stage Reg. delib. N.591/2024, l'Accordo Stato, Regioni e Province Autonome del 02 febbraio 2017 in merito alla formazione continua in medicina e la qualità di *Provider* rivestita dall'Ordine stesso, conseguita con determinazione del Dirigente del Servizio Politiche Sanitarie e per la non autosufficienza della Provincia Autonoma di Trento n. 100/2013, questo Ordine intende promuovere, negli ambiti di propria competenza (cfr. punto 3), un percorso formativo di carattere teorico pratico, nella forma di presenza presso le unità operative ospedaliere e territoriali dell'APSS di Trento. **In relazione al percorso formativo di carattere *teorico pratico*, si precisa che con "carattere *pratico*" si intende l'attività di osservazione dei casi pratici ed il loro approfondimento teorico. È esclusa ogni attività pratica medica e sul paziente.**

1. DESTINATARI

1.1 Destinatari dei percorsi di formazione nella forma della frequenza, oggetto della presente convenzione, sono i professionisti abilitati all'esercizio della professione e in attesa di occupazione, iscritti all'Albo professionale con preferenza, salvo disponibilità di posti, per gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi o degli Odontoiatri della Provincia di Trento.

1.2 La partecipazione ai percorsi di formazione è volontaria, non retribuita e non costituisce attività di natura lavorativa.

2. MODALITA' E CONTENUTI

2.1 Il percorso formativo in oggetto si svilupperà, attraverso *un training osservazionale in presenza*, sulla base di un progetto di formazione condiviso tra soggetto promotore (Ordine dei Medici), e soggetto ospitante (APSS), sotto la supervisione dei *tutor* aziendali assegnati.

2.2 Al fine di offrire ai partecipanti un osservatorio privilegiato dei casi pratici, il percorso formativo sarà articolato negli ambiti di seguito indicati e comprenderà i seguenti punti:

a) Sviluppo di competenze relazionali nell'ambito del team di U.O./Servizio individuati, per apprendere capacità in ordine a:

- costruzione relazione medico-medico orientata ad un approccio patient-centred
- comunicazione tra tutte le figure professionali coinvolte nel processo di cura
- conoscenza delle procedure e/o dei protocolli di riferimento in uso nella/nel U.O./Servizio
- accuratezza nella raccolta di anamnesi
- conoscenza degli adempimenti documentali e criteri di correttezza nella loro compilazione

b) Sviluppo di competenze di relazione di cura nel rapporto medico-paziente:

- costruzione della fiducia e relazione medico-paziente
- capacità di ascolto
- conoscenza delle disposizioni sulla *privacy/trattamento dei dati*
- modalità di informazione e di raccolta del consenso informato
- correttezza della gestione delle informazioni acquisite

c) Sviluppo competenza relazionale e misurazione del risultato, nel rapporto con il *tutor*:

- sviluppo di attitudine al confronto ed ottimizzazione delle indicazioni disposte nell'ambito del tutoraggio
- approfondimento di tematiche emergenti
- impegno nella frequenza

d) Approfondimento finalizzato ad una migliore acquisizione delle competenze di cui ai precedenti punti a), b) e c), attraverso osservazione di casi pratici, sotto il coordinamento del *tutor* aziendale (cfr. successivo punto 5).

3. DURATA

3.1 I singoli percorsi formativi avranno una durata massima di 6 mesi e saranno attivabili per un minimo di 100 ore di presenza. Saranno comprensivi di momenti teorici (workshop – seminari), sessioni tutoriali di briefing e de briefing, discussioni di casi ed esperienze effettive in clinica.

3.2 Ciascun medico potrà svolgere un solo percorso formativo.

4. TUTOR

4.1 I *tutor* aziendali saranno individuati tra i professionisti con esperienza nella formazione, già inclusi negli elenchi dei medici formatori nell'ambito di attività di tirocinio per le Specializzazioni, la Formazione Specifica in Medicina Generale.

4.2 I *tutor* aziendali potranno, comunque, essere chiamati alla frequenza di un corso formativo specifico sulle competenze tutoriali, oggetto della presente convenzione, al fine di uniformare le procedure valutative e adeguare gli obiettivi formativi evidenziati alle peculiarità delle diverse Unità Operative/Servizi rappresentati.

4.3 Per gli incarichi di *tutor* non è previsto un corrispettivo economico ma un riconoscimento in termini di crediti formativi ECM misurati su impegno mensile indipendente dal conseguimento dell'obiettivo formativo da parte del frequentatore.

4.4 L'Azienda si impegna a tenere aggiornato un apposito albo dei *tutor*, tale qualifica sarà acquisita nel curriculum delle competenze professionali dei soggetti interessati.

4.5 Il *tutor* ha l'onere di controllare le modalità di attuazione della frequenza, con cadenza quantomeno settimanale, di vigilare sull'esatto adempimento dei termini della convenzione, anche al momento della firma del registro presenze, chiedendo al frequentatore – di volta in volta - una relazione orale dell'attività svolta. Il *tutor* è altresì, tenuto a segnalare tempestivamente all'Ordine ogni inadempimento da parte del partecipante, rispetto al percorso formativo oggetto della presente convenzione.

4.6 Eventuali violazioni o inadempimenti degli obblighi sopra indicati in capo ai *tutor* potranno essere valutate e perseguite dalla competente commissione di disciplina ordinistica.

5. DOMANDA DI AMMISSIONE E PERCORSO FORMATIVO

5.1 Il numero di percorsi formativi attivabili, nella forma del training osservazionale, viene definito periodicamente dall'APSS attraverso il Tavolo della Programmazione dei tirocini previsto dal Regolamento e comunicato all'Ordine. L'Ordine, a sua volta, cura la diffusione della offerta formativa ai propri iscritti.

5.2 La domanda per l'ammissione al percorso formativo oggetto della presente convenzione andrà rivolta all'Ordine e dovrà essere presentata, in bollo, ai sensi della normativa vigente almeno **30 giorni** prima dell'inizio della frequenza richiesta per garantire le procedure preliminari all'accesso.

In caso di domande superiori ai posti disponibili, l'Ordine assicura la selezione in base al criterio cronologico di presentazione della domanda.

5.3 Nella domanda di ammissione dovranno essere indicati le generalità, i titoli di studio posseduti e gli estremi della polizza RC professionale del richiedente, nonché di quella per infortuni.

Inoltre allegare alla domanda copia di attestati validi dei corsi sulla sicurezza, generale e specifico per strutture sanitarie ad alto rischio ed eventuale giudizio di idoneità sanitaria alla mansione. Qualora non siano presenti l'attestato del corso sulla sicurezza specifico e il giudizio di idoneità sanitaria alla mansione, APSS provvederà ad attivare la formazione necessaria e la sorveglianza sanitaria tramite la Struttura del Medico Competente.

5.4 L'Ordine, valutate le richieste, autorizza la frequenza, previa valutazione disponibilità da parte di APSS e trasmette la richiesta alla funzione Governance Tirocini e Stage del Servizio Polo Universitario delle Professioni Sanitarie (*tirocini@apss.tn.it*).

6. ATTIVAZIONE DELLA DOMANDA DI FORMAZIONE

6.1 A seguito dell'autorizzazione di cui al punto precedente, le domande saranno inoltrate all'Azienda per l'assegnazione del tutor disponibile, a seguire il progetto formativo.

6.2 Le preferenze espresse dai richiedenti saranno subordinate all'acquisizione da parte della funzione Governance Tirocini e Stage del parere dei Responsabili delle Unità Operative/Servizi sedi della frequenza e, secondo competenza, dei Direttori Ospedalieri/di Presidio/di Distretto.

6.3 L'attivazione del training osservazionale è comunicato dal Responsabile aziendale all'Ordine e, ai fini di cui al D.lgs. 9 aprile 2008 n. 81 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, al Direttore della struttura sede della frequenza.

6.4 In assenza di comunicazione di autorizzazione da parte del Servizio amministrativo competente di APSS non è consentito accedere alle strutture aziendali.

7. CREDITI FORMATIVI

Il superamento del percorso formativo dà diritto all'attribuzione dei crediti formativi ECM assegnati al progetto dalla procedura di accreditamento dell'evento da parte dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, per un minimo di 100 ore di presenza e superamento della valutazione finale.

8. OBBLIGHI DEI PARTECIPANTI

8.1 Il partecipante si impegna a seguire il piano formativo concordato, nelle modalità confacenti alle peculiarità della U.O./Servizio scelto, al fine di perseguire l'obiettivo formativo di cui alla presente convenzione e si impegna a comunicare all'Ordine, promotore dell'iniziativa formativa, comportamenti e fatti incompatibili con detto fine.

8.2 Il partecipante si impegna a non svolgere attività contrarie a quelle oggetto della presente convenzione e a segnalare le situazioni nelle quali dovesse essere impiegato o, comunque, coinvolto in attività di tal genere.

8.3 Pur non avendo alcun rapporto di impiego con l'Azienda, il medico osservatore è tenuto a:

- prendere visione e rispettare le norme interne all'APSS e l'organizzazione delle attività, secondo le modalità indicate dal Direttore dell'Unità Operativa presso cui svolgerà la frequenza;
- osservare la normativa in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro (cfr. successivo punto 10), quella sulla riservatezza delle informazioni acquisite e la normativa in materia di *privacy*, che verranno fornite dall'Azienda;

- svolgere le attività previste nel piano formativo nel rispetto del codice deontologico e secondo le modalità e le indicazioni concordate con il *tutor* aziendale, documentando la propria presenza secondo le modalità richieste, con cadenza settimanale, relazionando oralmente al *tutor* dell'attività svolta;
- indossare la divisa fornita dall'APSS ed un tesserino di riconoscimento collocato in maniera visibile, con nome e cognome e la dicitura "Medico Osservatore".

8.4 La violazione anche di uno solo degli obblighi di cui sopra dovrà essere segnalata dal *tutor* all'Azienda e all'Ordine e, nei casi più gravi, potrà comportare anche la revoca dell'autorizzazione alla frequenza.

8.5 L'Ordine vigilerà sulla correttezza deontologica del partecipante, anche mediante controlli a campione effettuati dai Consiglieri dell'Ordine; eventuali condotte contrarie alle regole del Codice di Deontologia Medica saranno valutate e perseguite dalla competente commissione di disciplina ordinistica.

9. SOSPENSIONE

L'Ordine, su segnalazione ed in accordo con i *tutor*, potrà valutare la sospensione del percorso formativo per le seguenti ragioni:

- per tutta la durata del periodo di astensione obbligatoria dal lavoro di cui al D.lgs. 26 marzo 2001 n. 151;
- per la durata delle assenze che si prolunghino per un periodo uguale o superiore ad un quarto della durata prevista per la frequenza;
- in caso di particolari situazioni che impediscono all'Azienda di garantire lo svolgimento della frequenza.

10. OBBLIGHI DI SALUTE E SICUREZZA

10.1 Ai sensi del D.lgs. 9 aprile 2008 n. 81 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, l'Ordine ha l'obbligo di garantire ai partecipanti il corso di formazione generale. È, invece, obbligo dell'Azienda, informare e formare il partecipante su pericoli e rischi specifici dell'Unità Operativa alla quale sarà assegnato, assicurandosi anche che abbia preso visione dei documenti aziendali in materia di gestione della salute e sicurezza dei lavoratori.

La sorveglianza sanitaria sarà svolta dalla Struttura del Medico Competente di APSS e dovrà essere attivata dalla Direzione ospitante solo nel caso in cui il tirocinante non sia già in possesso di un giudizio di idoneità, in corso di validità, nei confronti del rischio biologico. La sorveglianza sanitaria non è da attivare nel caso di attività osservazionale in ambiente privo di rischio specifico (esempio attività d'ufficio).

10.2 Non sono attivabili sedi che comportano rischio di esposizione ad agenti fisici (es. radiazioni ionizzanti, laser, campi elettromagnetici).

10.3 Per tutta la durata del periodo di astensione obbligatoria dal lavoro di cui al D.lgs. 26 marzo 2001 n. 151 non possono essere autorizzate frequenze di unità operative, ove possano verificarsi condizioni di rischio per la salute della madre e del nascituro; se necessario, il percorso formativo potrà essere sospeso ai sensi del precedente punto 9.

11. COPERTURE ASSICURATIVE

11.1 Il partecipante, prima dell'avvio del training osservazionale, deve consegnare all'Ordine dei Medici copia di idonea polizza assicurativa contro gli infortuni (non inferiore all'importo di € 150.000,00), che copra l'intero periodo della frequenza autorizzata e sia comprensiva dei casi di morte e di invalidità permanente e di ogni affezione riconducibile, in qualsiasi modo, alla frequenza prestata.

11.2 L'Ordine dei Medici assicurerà il partecipante in ordine alla copertura per infortuni sul lavoro presso l'INAIL, impegnandosi ad effettuare la denuncia di infortunio alla normativa vigente entro i termini previsti.

11.3 La copertura assicurativa relativa alla responsabilità civile contro terzi è garantita da APSS nei termini e limiti previsti dalla polizza RCT stipulata dall'Amministrazione stessa, salvo rivalsa in caso di colpa grave e salvo diverse valutazioni relative a casi specifici.

11.4 In ragione di quanto sopra espressamente previsto, l'Ordine declina ogni e qualsiasi responsabilità per infortunio e per danni a cose e a persone.

12. SUPPORTO DELL'AZIENDA AL PARTECIPANTE

Per l'attività svolta presso le proprie strutture l'Azienda fornisce ai partecipanti la divisa e consente all'accesso al servizio mensa secondo tariffe e modalità stabilite dall'amministrazione.

13. DURATA DELLA CONVENZIONE E MODIFICHE

13.1 La presente convenzione ha durata quinquennale.

13.2 Ciascuna delle parti potrà risolvere la presente convenzione, dandone comunicazione scritta, a mezzo pec, con preavviso di almeno 30 giorni.

13.3 Le integrazioni, modifiche alla presente convenzione potranno essere definite dopo scambio di note approvate dalle parti.

14. IMPOSTA DI BOLLO

La presente convenzione è soggetta ad imposta di bollo (D.P.R. 26.10.1972 n. 642) con oneri a carico del soggetto ospitante.

15. NORMA DI RINVIO

Per tutto quanto non specificamente previsto nella presente convenzione si farà riferimento alle norme di legge e al regolamento APSS di cui alla deliberazione n. 591/2024.

DATA _____

PER PRESA VISIONE

FIRMA DEL PARTECIPANTE AL TRAINING

ALLEGATO 2 – INFORMATIVA COPERTURA ASSICURATIVA



INFORMATIVA RELATIVA ALLA COPERTURA ASSICURATIVA PER RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI E PER INFORTUNI.

A seguito della richiesta di autorizzazione alla frequenza si comunica alla S.V. che l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari garantisce i frequentatori con propria polizza assicurativa dalla responsabilità civile verso terzi per l'attività prestata presso le proprie strutture, con esclusione di rivalsa da parte dell'assicurazione nei loro confronti, salvo il caso in cui il danno sia dovuto a dolo o colpa grave accertati con sentenza passata in giudicato.

L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari non garantisce, con oneri a proprio carico, la copertura assicurativa dei rischi da infortunio ed i frequentatori, che intendono svolgere periodi di frequenza volontaria a titolo gratuito, per i quali non sia garantita la copertura assicurativa per infortunio da parte dell'Ordine dei Medici della Provincia Autonoma di Trento, sono tenuti a dotarsi di assicurazione privata.

I capitali da assicurare consigliati non devono essere inferiori a € 150.000 - per il caso di morte e a € 150.000 - per il caso di invalidità permanente.

PER PRESA VISIONE

FIRMA DEL PARTECIPANTE AL TRAINING

ALLEGATO 3 – FOGLIO PRESENZA



*Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento*

OSPEDALE/DISTRETTO/DIREZIONI

UNITA' OPERATIVA/SERVIZIO

PARTECIPANTE: COGNOME..... NOME

FOGLIO-FIRMA relativo alle presenze del mese di: Da RIPROPORRE MENSILMENTE

GIORNI	MATTINO		POMERIGGIO		TOTALE ORE	FIRMA
	ENTRATA	USCITA	ENTRATA	USCITA		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
					TOTALE ORE NEL MESE	

IL DIRETTORE U.O.

IL DIRETTORE OSPEDALE/DISTRETTO/DIREZIONE