

PROGETTO FORMATIVO

(da compilarsi a cura del Responsabile/Direttore U.O.C/U.O.S)

Ai sensi dell'art. _____ del Regolamento aziendale
approvato con determina n. _____ del _____

U.O.C/U.O.S. _____

Volontario: _____

Tirocinante: _____

Specializzando: _____

Studente: _____

Reparto di degenza Ambulatorio Sala operatoria / endoscopica Altro

1. Descrizione dell'attività svolta e dei compiti lavorativi:

2. Eventuali rischi lavorativi a cui viene esposto il volontario/specializzando:

3. Eventuali prestazioni che richiedono l'impiego di attrezzature radiologiche:

4. Durata della frequenza (massimo 12 mesi):

Data

Il Tutor

Il Responsabile/Direttore U.O.C/U.O.S.

(timbro e firma)

(timbro e firma)

*** Si ricorda che il personale frequentatore volontario non può, in alcun modo, partecipare a processi assistenziali.**