



**UNIVERSITÀ
DEL SALENTO**

**Ripartizione Didattica e
Servizi agli Studenti
UFFICIO CAREER SERVICE**

**Campus Universitario
Ecotekne
Centro Congressi
Via Per Monteroni
73100 – Lecce (LE)**
T +39 0832 29 92 03
T +39 0832 29 92 39
T +39 0832 29 92 14
T +39 0832 29 92 37
F +39 0832 29 99 03
 Job Placement-
Università del Salento

Università del Salento
Ordine degli Psicologi Regione Puglia
PROGETTO FORMATIVO

Il/La sottoscritto/a Nato/a a
..... il Residente in
C.F.

Laureato/a in

in data:

chiede di essere ammesso/a al tirocinio post-lauream, sulla base del progetto come di seguito definito:

Primo Semestre:

dal 15 _____ (mese) _____ (anno)_____ al 14 _____ (mese) _____
(anno)_____

Sede del tirocinio

Via.....cap.....Luogo.....

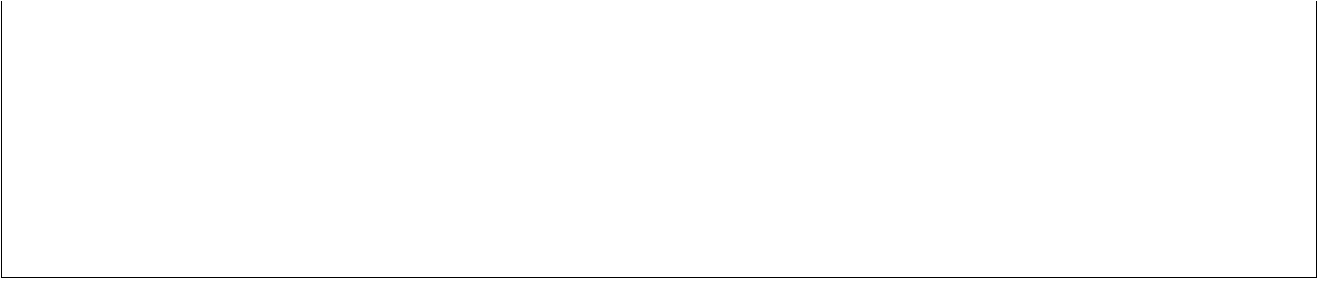
Settore organizzativo

Tempi di accesso ai locali aziendali

Area del tirocinio

<input type="checkbox"/>	psicologia clinica
<input type="checkbox"/>	psicologia generale
<input type="checkbox"/>	psicologia sociale
<input type="checkbox"/>	psicologia dello sviluppo

Obiettivi formativi
Contenuti delle attività
Funzioni svolte dal tutor
Piano di lavoro (giorni ed orari programmati)
Criteri di verifica





**UNIVERSITÀ
DEL SALENTO**

**RIPARTIZIONE RICERCA
UFFICIO CAREER SERVICE**

**Campus Universitario
EcoTekne
Centro Congressi
Via Per Monteroni
73100 – Lecce (LE)**
T +39 0832 29 92 03
T +39 0832 29 92 39
T +39 0832 29 92 14
T +39 0832 29 92 37
F +39 0832 29 99 03
 Job Placement-
Università del Salento

Università del Salento
Ordine degli Psicologi Regione Puglia
PROGETTO FORMATIVO

Il/La sottoscritto/a Nato/a a
..... il Residente in
C.F.
Laureato/a in
in data:

chiede di essere ammesso/a al tirocinio post-lauream, sulla base del progetto come di seguito definito:

Secondo Semestre:

dal 15 _____ (mese) _____ (anno) _____ al 14 _____ (mese) _____
(anno) _____

Sede del tirocinio

Via.....cap.....Luogo _____

Settore organizzativo:

Tempi di accesso ai locali aziendali

Area del tirocinio

	psicologia clinica
	psicologia generale
	psicologia sociale
	psicologia dello sviluppo

Obiettivi formativi
Contenuti delle attività
Funzioni svolte dal tutor
Piano di lavoro (giorni ed orari programmati)
Criteri di verifica

Estremi delle Polizze Assicurative (a cura dell'Università del Salento)

INAIL nr . 00287210 ai sensi dell'art. 4 T.U. n° 1124/65)

Responsabilità Civile verso Terzi

- Responsabilità civile polizza n. 2015/03/2240237 – Società Reale Mutua Assicurazioni – Agenzia principale di Lecce Carofalo Silvia e Dario s.r.l. decorrenza dal 31/12/2015 al 30/04/2021
 - Polizza Infortuni Cumulativa Studenti n.1/2383/77/130864967- UNIPOL ASSICURAZIONI SPA Agenzia di Lecce Prontass s.r.l. decorrenza dal 31/12/2015 al 30/04/2021
-

Per il Soggetto Promotore
Il Delegato Del Rettore
Prof. Amedeo Maizza

Per il Soggetto Promotore
Il Delegato Del Rettore
Prof. Amedeo Maizza

(Primo semestre)

(Secondo semestre)

Per il Soggetto Ospitante

(timbro e firma)

(Primo semestre)

(Secondo semestre)

del/dei tutor o del Legale Rappresentante dell'Ente/ Struttura (secondo l'organizzazione dell'Ente/Struttura ospitante)

(Primo semestre)

(Secondo semestre)

_____ , _____

Firma del tirocinante

DICHIARAZIONE DEI REQUISITI DI IDONEITA' TECNICO PROFESSIONALE IN RELAZIONE ALL'ASSENZA DI COVID-19

(Art. 26 e Allegato XVII del D.Lgs. 81/08 e DPCM del 26.04.2020)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ in qualità di Legale Rappresentante e Datore di Lavoro di cui all'art. 2 comma 1 lettera b) del D.Lgs. 81/08 dell'Azienda Ospitante _____ con sede legale in _____ alla via _____ in riferimento alle attività di tirocinio a favore dello studente sig. _____, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

- di aver adottato procedure di gestione del rischio e prevenzione da COVID-19 e informato tutti i lavoratori sulla corretta profilassi igienico sanitaria;
- di aver adottato il protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro del 24 aprile 2020 come da All. 6 al DPCM 26/4/2020;
- di aver costituito il comitato per l'applicazione del protocollo condiviso di regolamentazione per il contenimento della diffusione del covid-19 negli ambienti di lavoro;
- di aver adempiuto ai DPCM e Ordinanze Regione Puglia in merito all'emergenza COVID-19;
- di aver preso visione delle indicazioni riportate nell'Allegati A della presente dichiarazione;
- di consegnare al tirocinante le informative e procedure della propria azienda;
- che in caso di lavoratori dipendenti che risultassero positivi al tampone COVID-19, il fornitore dovrà informare immediatamente il tirocinante e l'Università del Salento al fine di collaborare con l'autorità sanitaria territorialmente competente fornendo elementi utili all'individuazione di eventuali contatti stretti.

Luogo, _____ data _____

In fede
(timbro e firma)

ALLEGATO A

In attuazione del Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro del 24 aprile 2020 e del DPCM 26 aprile 2020.

Con riferimento all'emergenza epidemiologica da COVID-19 (Coronavirus), a tutt'oggi in atto, viene richiesto di prendere visione e informare tutti i lavoratori (dipendenti, sub appaltatori e collaboratori compresi i soggetti di cui agli art. 3, commi 4 e 12 bis, del D. Lgs. 81/08) di quanto specificato nella presente e, conseguentemente, di astenersi dall'ingresso nel luogo di lavoro laddove si rientrasse in una delle casistiche di seguito specificate:

- a. presenza di febbre (oltre 37.5°) o altri sintomi influenzali, per i quali viene disposto l'obbligo di rimanere al proprio domicilio e di chiamare il proprio medico di famiglia e l'autorità sanitaria,
- b. per quanto a conoscenza, l'avvenuto contatto con persone risultate positive ai test per affezione da "Coronavirus" o che si ritengono comunque rientranti in una delle casistiche sopra evidenziate e non si sono valutate con l'autorità sanitaria competente o con il Medico Medicina Generale le eventuali misure di precauzione da adottare.

Per i soggetti di cui sopra deve sussistere la consapevolezza e l'accettazione del fatto di non poter fare ingresso o di poter permanere negli ambienti di lavoro e di doverlo dichiarare tempestivamente laddove, anche successivamente all'ingresso, sussistano le condizioni di pericolo (sintomi di influenza, temperatura, provenienza da zone a rischio o contatto con persone positive al virus nei 14 giorni precedenti, etc.) in cui i provvedimenti dell'Autorità impongono di informare il medico di famiglia e l'Autorità sanitaria e di rimanere al proprio domicilio.

A questo si aggiunge l'impegno a rispettare tutte le disposizioni delle Autorità e del Datore di Lavoro nel consentire l'accesso alla stessa (in particolare, mantenere la distanza di sicurezza, osservare le regole di igiene delle mani e tenere comportamenti corretti sul piano dell'igiene), unitamente all'impegno ad informare tempestivamente e responsabilmente il Datore di Lavoro, nella persona di **"indicare Azienda ospitante"** _____, della presenza di qualsiasi sintomo influenzale durante l'espletamento della prestazione lavorativa, avendo cura di rimanere ad adeguata distanza dalle persone presenti, ed accettando l'adozione delle misure di isolamento che la stessa intenderà adottare, nel rispetto della dignità della persona.

