Al Direttore del Master di I Livello in **Management per le funzioni di coordinamento nell'area delle professioni sanitarie**

(MA 755 -a.a. 2018/2019- IV Edizione)

Università telematica Pegaso
Via Giovanni Porzio Centro
Direzionale Napoli ISOLA F2 CAP
80143.

DICHIARAZIONE PER TIROCINIO FORMATIVO

Il sottoscritto

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
(Cognome)

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
(Nome)

nata/o il |__|__|__|__|__|__|__|__|
formato (ggmmaaaa)

a |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| prov. |__|__|

impiegato presso

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
(struttura di appartenenza – attenzione: il non occupato o libero professionista deve barrare il rigo)

avvalendosi delle disposizioni di cui all'art. 46 del DPR 28 Dicembre 2000 n. 445 e consapevole che chi dichiarerà il falso vedrà decadere i benefici ottenuti ed incorrerà nelle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni dagli artt. 75 e 76, del DPR anzidetto,

dichiara

- di essere a conoscenza che in base l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 1 Agosto 2007, il Master di primo livello per Funzioni di Coordinamento delle Professioni Sanitarie deve prevedere l'espletamento di un tirocinio formativo obbligatorio di almeno 500 ore, da svolgersi presso Aziende Sanitarie, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliero - Universitarie, Enti classificati e Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, non essendo ritenuto valido, ai soli fini dell'accesso alla funzione di coordinamento di cui al richiamato accordo, il legittimo riconoscimento accademico delle esperienze formative e professionali;

- di essere consapevole che il tirocinio formativo, che consta di 500 ore, dovrà essere svolto presso le strutture con le quali l'Università ha o definirà nuove convenzioni. L'Università si riserva il diritto di attivare nuove convenzioni con le strutture presso le quali il corsista risulta essere dipendente;
- di essere informato che la convenzione sottoscritta costituisce per l'azienda sanitaria/ospedaliera stipulante esclusivamente una disponibilità a monte ad accogliere tirocinanti dell'Università Telematica Pegaso, essendo tale ospitalità regolamentata dalla normativa in materia e subordinata alle esigenze organizzative interne delle strutture convenzionate;
- per tutti coloro che al momento dell'immatricolazione risultino NON OCCUPATI o LIBERI PROFESSIONISTI, l'Università, oltre alle convenzioni già in essere, si riserva di attivare ulteriori convenzioni con strutture idonee;
- di essere informato che al termine del tirocinio, l'attività svolta dovrà essere certificata mediante Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione firmata dal Rappresentante Aziendale o da un suo delegato o dal Tutor aziendale.

Il sottoscritto indica di seguito l'Ente presso il quale è dipendente per svolgere ivi il tirocinio o (per non occupati o liberi professionisti) desidererebbe svolgere il proprio Tirocinio.

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
(struttura presso cui si è dipendenti o scelta)

con sede in via |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

n. |__|__|__| c.a.p. |__|__|__|__|__|

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
(persona da contattare appartenente alla struttura scelta per la definizione della convenzione)

tel. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

e-mail |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

lì,………………………………

In fede

....