Struttura

(Ad es. Dipartimento/Azienda)

**Oggetto: Attività per preparazione Tesi**

Siamo a chiedere a codesta struttura l’accesso per lo svolgimento di attività per preparazione Tesi dell.. studente , iscritta/o al **Corso di Laurea in Farmacia**.

Si precisa che:

* La copertura assicurativa per infortuni occorsi allo studente durante lo svolgimento delle attività previste dal progetto è a carico dell’Ateneo di Firenze (polizza infortuni cumulativa nr. 350600615 stipulata con Generali Italia SpA).
* lo studente è in possesso di certificazione di idoneità rilasciata dalla Medicina del Lavoro dell’Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi ed è in possesso del certificato di formazione generale e specifica rilasciato dal questo Ateneo ai sensi del Decreto Legislativo 81/2008, di cui si allega il programma.

Sarà in capo a codesta azienda provvedere a:

* procedere ad erogare alla studentessa adeguata “Informazione ai lavoratori” così come definita ai sensi dell'art. 36 del D.Lgs. 81/08;
* verificare che l’attestato di “Formazione specifica” allegato, così come definita dall’art. 37 D.Lgs. 81/08 e dall'Accordo in Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Provincie Autonome n. 221/CSR del 21.12.2011, sia coerente col documento di valutazione dei rischi redatto da Codesta Azienda provvedendo ove necessario alle opportune integrazioni in conformità ai rischi a cui i tirocinanti sarà esposta;
* procedere con l’“Addestramento specifico” se dovuto, così come definito al comma 4 dell’art. 37 D.Lgs. 81/08
* ottemperare all’obbligo di fornire al tirocinante gli eventuali DPI (dispositivi di protezione individuali) che risultassero necessari per le attività previste dal tirocinio e il relativo addestramento, qualora previsto dalla normativa vigente.
* Adempiere agli obblighi di cui all’art. 41 del D. Lgs.81/08 “Sorveglianza sanitaria”. La tirocinante che in base ai risultati della valutazione dei rischi delle attività previste nel progetto di tirocinio, effettuata dal soggetto ospitante, dovesse risultare esposti a uno o più rischi rilevanti per la salute, sarà sottoposti a sorveglianza sanitaria da parte del medico competente dell’Azienda, cui compete la valutazione in merito alla possibilità di ritenere valida la certificazione di cui la studentessa è già in possesso.

Gli obiettivi formativi attesi, già concordati per vie brevi, sono riportati nel documento allegato, che, ove nulla osti, Codesta Struttura vorrà restituire debitamente sottoscritto per accettazione.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | Il Relatore |

.

Allegato

|  |  |
| --- | --- |
| **Denominazione Corso di Studio** | **Farmacia** |
| **Studente** |  |
| Nome |  |
| Cognome |  |
| Numero di matricola |  |
| E-mail istituzionale |  |
| Tel. Cellulare n° |  |
| In regola con gli adempimenti ex Dlgs 81/2008 sulla sicurezza dei luoghi di lavoro |  |
| **Relatore** |  |
| Nome |  |
| Cognome |  |
| Ruolo |  |
| E-mail istituzionale |  |
| Tel. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Struttura ospitante** |  |
| **Rappresentante legale o Direttore di Dipartimento/DAI** |  |
| Nome |  |
| Cognome |  |
| Data di nascita1 |  |
| E-mail istituzionale |  |
| Tel. Cellulare n° |  |
| **Tutor e referente per le attività[[1]](#footnote-1)** |  |
| Nome |  |
| Cognome |  |
| Data di nascita |  |
| E-mail istituzionale |  |
| Tel. Cellulare n° |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Progetto delle attività** |  |
| Periodo |  |
| Sede di svolgimento delle attività |  |
| Descrizione del progetto e delle attività da svolgere |  |
| Rischi lavorativi connessi all’attività | RISCHIO CHIMICO   * BIOLOGICO * OGM * CANGEROGENI E MUTAGENI * radiazioni ottiche * campi elettromagnetici * radiazioni ionizzanti |
|  | LO STUDENTE SI IMPEGNA AL CORRETTO UTILIZZO DEI DPI FORNITI DALLA STRUTTURA OSPITANTE E AL RISPETTO DEL REGOLAMENTO SULLA SICUREZZA FORNITO DALLA STESSA. LA STRUTTURA SI FA CARICO DI FORMARE E INFORMARE SUI RISCHI PER LA SALUTE E LA SICUREZZA CHE L’ATTIVITA’ SVOLTA PUO’ COMPORTARE |

Firma Studente

Firma Relatore

Firma del Tutor referente per l’attività

Firma per accettazione del rappresentante legale struttura ospitante o Direttore di Dipartimento/DAI

1. il tutor deve essere individuato in personale dipendente della struttura [↑](#footnote-ref-1)