



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO**  
**SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA**  
**CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA**  
**PROGETTO FORMATIVO**  
**TIROCINIO CURRICULARE**

**Anagrafica studente:**

Nominativo del tirocinante \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_, prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_, prov. (\_\_\_\_), Via/P.zza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_  
Barrare la casella se soggetto persona con disabilità   
Scuola di Medicina e Chirurgia  
Denominazione Corso di laurea: Fisioterapia

**Soggetto ospitante:**

Natura giuridica:  
Partita IVA/Codice fiscale: \_\_\_\_\_  
Settore di attività (ATECO 2007): 86.10.30  
Sede operativa del tirocinio \_\_\_\_\_  
Telefono della sede tirocinio \_\_\_\_\_

**Direttore dell'Attività didattica: Prof. Rosario Fiolo**

|   |                    |                       |
|---|--------------------|-----------------------|
| <b>Tutor aziendale dott.ssa Antonella Liberto</b> | <b>Qualifica</b>   | <b>Fisioterapista</b> |
| <b>tel/cell.</b> _____                            | <b>email</b> _____ |                       |

Responsabile Servizio di Prevenzione e protezione Ing. Andrea Terracchio  
Medico Competente<sup>1</sup> dott.ssa Maria Gabrielle Verso

**Polizze assicurative:**

**Infortunati sul Lavoro INAIL** : Copertura infortunati assicurata mediante la forma di "gestione per conto dello Stato"  
**Responsabilità Civile** - polizza n. **174876178** Compagnia Assicurazioni "UnipolSai Assicurazioni"  
**Infortunati Cumulativa** - polizza n. **174869690** Compagnia Assicurazioni "UnipolSai Assicurazioni"

**Tempi di accesso ai locali del soggetto ospitante:**

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Indicare i giorni (Lun, Mar,...) \_\_\_\_\_  
Orario di accesso ai locali del tirocinio dalle ore \_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_

**OBIETTIVI E MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DEI TIROCINIO**

**Competenze da sviluppare:**



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO**  
**SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA**  
**CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA**

- **Professionalizzanti** (sono competenze specifiche. Tali competenze fanno riferimento a determinate aree disciplinari e sono strettamente connesse al contesto lavorativo in cui è inserito il candidato):
    - nel rapporto tra osservatore ed osservato
  - Abilità tecniche nella lettura degli "indici comunicativo - linguistici" nel bambino
  - Abilità tecniche nella lettura degli "indici comunicativo - linguistici" nell'anziano
  - Capacità di registrare l'osservato e di decodificarlo con la costruzione di griglie nel bambino
  - Capacità di registrare l'osservato e di decodificarlo con la costruzione di griglie nell'anziano
  - Capacità di organizzare il profilo Comunicativo Linguistico nel bambino
  - Capacità di organizzare il profilo Comunicativo Linguistico nell'anziano
  - Capacità di confronto e discussione in lavoro di gruppo
  - Consapevolezza del sé corporeo
  - Capacità empatica della relazione
- Attività** (indicare le attività che svolgerà il tirocinante e la certificazione):  
**Osservazione n. 10 minimo – Lavori di gruppo – Tesina finale**

**Obblighi del tirocinante:**

- Seguire le indicazioni dei tutor e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze;
- Rispettare gli obblighi di riservatezza circa i processi produttivi od altre notizie relative all'azienda di cui venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio;
- Rispettare i regolamenti aziendali e le norme di igiene e sicurezza;
- Compilare giornalmente il proprio registro presenze, redigere la relazione finale sull'attività svolta e la scheda di valutazione da consegnare al Direttore dell'attività Didattica.

Data di consegna \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma per presa visione ed accettazione del tirocinante \_\_\_\_\_

Firma tutor \_\_\_\_\_

Firma del Direttore dell'attività Didattica \_\_\_\_\_

| Data | Firma Studente | Data | Firma Studente | Data | Firma Studente |
|------|----------------|------|----------------|------|----------------|
|      |                |      |                |      |                |
|      |                |      |                |      |                |
|      |                |      |                |      |                |
|      |                |      |                |      |                |
|      |                |      |                |      |                |
|      |                |      |                |      |                |
|      |                |      |                |      |                |

Firma tutor aziendale \_\_\_\_\_