



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 don disabilità   
Scuola di Medicina e Chirurgia  
Denominazione Corso di laurea: Fisioterapia

**Soggetto ospitante: AOUP Palermo**

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

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

**Tutor aziendale Dott.ssa Maria Giuseppina Madonia** Qualifica **Fisioterapista**  
tel/cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Responsabile Servizio di Prevenzione e protezione Ing. Andrea Terracchio  
Medico Competente<sup>1</sup> dott. Rosalia Torretta

**Polizze assicurative:**

**Infortunati sul Lavoro INAIL** : Copertura infortunati assicurata mediante la forma di "gestione per conto dello Stato"  
**Responsabilità Civile** - polizza n. **2017/03/2284445** Compagnia Assicurazioni "Reale Mutua Assicurazioni SpA"  
**Infortunati Cumulativa** - polizza n. **110259542** Compagnia Assicurazioni "Allianz"

**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:**



**CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA**

- **Professionalizzanti** (sono competenze altamente specifiche e sono acquisite in ambiti specialistici. Tali competenze fanno riferimento a determinate aree disciplinari e sono strettamente connesse al contesto lavorativo in cui è inserito il candidato):
- a) Prendersi in carico la persona con disabilità;
  - b) Costruzione dell'Esercizio Terapeutico (inteso come attività terapeutico-riabilitativa del Ft sia esso terapia manuale, terapia fisica, manovre, posture, ecc.);
  - c) Capacità di comunicare con il paziente, con le altre figure coinvolte nel processo riabilitativo);
  - d) Capacità di usare le principali tecniche riabilitative in ambito neurologico;
  - e) Capacità di usare le principali tecniche riabilitative in ambito ortopedico;
  - f) Capacità di usare le principali tecniche riabilitative in ambito geriatrico, internistico, chirurgico;
  - g) Capacità di usare le principali tecniche riabilitative in ambito materno-infantile;
  - h) Capacità di usare le principali tecniche riabilitative in ambito geriatrico, internistico, chirurgico;
  - i) Capacità di usare le principali tecniche riabilitative in ambito cardio-respiratorio;
  - j) Verifica dei risultati.

**Attività** (indicare le attività che svolgerà il tirocinante e la certificazione):  
**Trattamenti in autonomia in ambito cardiologico minino n.10 con elaborazione del Programma fisioterapico e compilazione della relativa Cartella Fisioterapico-riabilitativa\_\_\_\_\_**

**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 aziendale \_\_\_\_\_

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

Data	Orario Entr. - Usc.		Firma Studente	Data	Orario Entr. - Usc.		Firma Studente