



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	Qualifica	Fisioterapista
tel/cell. _____	_____	_____
email _____	_____	_____

Responsabile Servizio di Prevenzione e protezione Ing. Andrea Terracchio
Medico Competente¹ dott. Rosalia Torretta

Polizze assicurative:

Infortunati sul Lavoro INAIL : Copertura infortuni 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 di Riabilitazione Neurocognitiva 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