UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO

SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Fisioterapia

Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P.Giaccone"

U.O. delle Professioni Sanitarie di Riabilitazione

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. Francesco De Gregorio **Qualifica Fisioterapista**

tel/cell. _____ email _____

Responsabile Servizio di Prevenzione e protezione Ing. Andrea Terracchio

Medico Competente[1] dott. Rosalia Torretta

Polizze assicurative:
Infortuni sul Lavoro INAIL : Copertura infortuni assicurata mediante la forma di "gestione per conto dello Stato"
Responsabilità Civile - polizza n. **174876178/4** Compagnia Assicurazioni "**UnipolSai Assicurazioni**"
Infortuni Cumulativa - polizza n. **17489690/4** 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:
- **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 neurologico minino n.20 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 Direttor 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