



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: CAPP 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. Filippa Piazzese **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 infortunati assicurata mediante la forma di "gestione per conto dello Stato"
Responsabilità Civile - polizza n. **174876178/4** Compagnia Assicurazioni "UnipolSai Assicurazioni"
Infortunati 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 _____



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

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) - descrivere l'organizzazione dei vari sistemi funzionali;
- b) - fare la valutazione chinesiológica e funzionale;
- c) - utilizzare le Tecniche di presa;
- d) - saper individuare, conoscendo le minorazioni, le alterazioni delle abilità/funzioni;
- e) - stabilire il percorso che dalla osservazione/valutazione va all'interpretazione dei dati e individuazione del problema;
- f) - individuare i compensi del sistema;
- g) - individuare gli Obiettivi del trattamento stesso;
- h) - usare le varie scale di valutazione;
- i) - compilazione della Cartella Fisioterapica;
- j) - capacità di relazionarsi con il paziente.

Attività (indicare le attività che svolgerà il tirocinante e la certificazione):
Trattamenti in autonomia in ambito riabilitazione ai sensi I.104/92 e cure domiciliari con laboratorio neuro-cognitivo 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 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