Al Presidente della Scuola di Medicina e Chirurgia

Università degli Studi di Palermo

***Oggetto: Domanda di affidamento di attività formative professionalizzanti per contratto A.A. 2025/2026***

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il ...../…../……., residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel./Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (numero/i presso cui può essere facilmente rintracciato)

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PERSONALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Dipartimento assistenziale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Azienda Sanitaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In possesso di:

* Laurea o titolo equipollente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Conseguita/o il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Laurea Magistrale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Conseguita/o il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritto all’ordine Professionale della Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE** l’affidamento con contratto di diritto privato, ai sensi dello specifico regolamento vigente,

(Esempio: N. Prog. ID/01, Tirocinio: 2 anno ; CFU 3 o 4, ORE 36 o 48)

* N. Prog. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tirocinio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anno ; CFU \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_;
* N. Prog. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tirocinio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anno ; CFU \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_;
* N. Prog. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tirocinio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anno ; CFU \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_;
* N. Prog. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tirocinio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anno ; CFU \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_;

Corso di Laurea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sede formativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine **DICHIARA**, sotto la propria personale responsabilità:

1. di essere stato docente tutor delle discipline professionalizzanti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nel Corso di Studi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ negli a.a.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di non avere rapporti di parentela o di affinità fino al quarto grado compreso con un professore appartenente al dipartimento o alla struttura che effettua la procedura ovvero con il Rettore, il Direttore Amministrativo o un componente del consiglio di amministrazione dell’Ateneo (L. 30 dicembre 2010 n. 240 – art. 18 comma 1 lett. b-c
2. che, in caso di affidamento dell’insegnamento, trasmetterà il nulla-osta rilasciato dalla struttura di appartenenza;
3. che, in caso di affidamento dell’insegnamento, trasmetterà la proposta del programma che si intende svolgere;
4. di avere preso personalmente visione dell’avviso prot. n. 170134 del 02/10/2025 emanato dalla Scuola di Medicina e Chirurgia.

Palermo, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROSPETTO ATTIVITA’ PROFESSIONALIZZANTI

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CORSO DI LAUREA IN IGIENE DENTALE A.A. 2025/2026 **- AOUP Paolo Giaccone Palermo** | | | | | | | | | |
| Nr  Prog | Anno di corso | Attività | Descrizione Attività Professionalizzante/Modulo | Ambito | | SSD | CFU | ORE | Periodo |
| ID/01  Tutor | II | Tirocinio 2 | Gestione del paziente in emergenza, dall’accoglienza alla programmazione del percorso terapeutico.  Rilevazione dei dati anamnestici, esame obiettivo, gestione del paziente nei vari quadri clinici e indicazioni alla terapia | Area Tirocinio | | MED/50 | 4 | 48 | Annuale |
| ID/02  1 Tutor | II | Tirocinio 2 | Paziente Parodontale I  Terapia e mantenimento nei diversi quadri clinici patologici. | | Area Tirocinio | MED/50 | 4 | 48 | Annuale |
| ID/03  1 Tutor | II | Tirocinio 2 | Paziente protesico  Terapia e mantenimento per differenti  categorie di pazienti *special needs.* | | Area Tirocinio | MED/50 | 4 | 48 | Annuale |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CORSO DI LAUREA IN IGIENE DENTALE 2025/2026 **- Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti “Villa Sofia – Cervello**. | | | | | | | | | |
| Nr  Prog | Anno di corso | Attività | Descrizione Attività Professionalizzante/Modulo | Ambito | SSD | CFU | ORE | Periodo |
| ID/01  1 Tutor | II | Tirocinio | Paziente candidato alla chirurgia, preparazione e mantenimento. | Area Tirocinio | MED/50 | 3 | 36 | Annuale |