



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

Sede legale: Via del Vespro n.129 - 90127 Palermo

CF e P.IVA: 05841790826

U.O. DI STAFF DELLE PROFESSIONI SANITARIE DI RIABILITAZIONE (00.64.00)

**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. Fabio Crecco**

**Qualifica**

**Fisioterapista**

**tel/cell.** \_\_\_\_\_

**email** \_\_\_\_\_

Responsabile Servizio di Prevenzione e protezione Ing. Andrea Terracchio

Medico Competente<sup>1</sup> 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** Compagnia Assicurazioni "UnipolSai Assicurazioni"

**Infortuni Cumulativa** - polizza n. **174869690** 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 \_\_\_\_



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

Sede legale: Via del Vespro n.129 - 90127 Palermo

CF e P.IVA: 05841790826

U.O. DI STAFF DELLE PROFESSIONI SANITARIE DI RIABILITAZIONE (00.64.00)

### CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

#### **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 chinesologica 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):

**Osservazione n. 4, Trattamenti assistiti nei pazienti trapiantati d'organo in ambito respiratorio n.10 minimo 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