



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.** \_\_\_\_\_ **Qualifica Fisioterapista**  
**tel/cell.** \_\_\_\_\_ **email** \_\_\_\_\_

Responsabile Servizio di Prevenzione e protezione Ing. Andrea Terracchio  
Medico Competente<sup>1</sup> 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 fare la diagnosi fisioterapica;
- 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 assistiti in ambito riabilitazione ai sensi l.104/92 e cure domiciliari 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