



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 CURRICOLARE

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 Gaglioti	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 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):

Osservazione n. 4, Trattamenti assistiti in ambito recupero e riabilitazione funzionale minimo 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