



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. Andrea Lo Nigro

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** Compagnia Assicurazioni "UnipolSai Assicurazioni"

Infortunati 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 _____

OBIETTIVI E MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DEI TIROCINIO



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

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) Prendersi in carico la persona con disabilità;
- b) Costruzione dell'Esercizio Terapeutico (inteso come attività terapeutico-riabilitativa del Ft sia esso terapia manuale, terapia fisica, manovre, posture, ecc.);
- c) Capacità di comunicare con il paziente, con le altre figure coinvolte nel processo riabilitativo);
- d) Capacità di usare le principali tecniche riabilitative in ambito neurologico;
- e) Capacità di usare le principali tecniche riabilitative in ambito ortopedico;
- f) Capacità di usare le principali tecniche riabilitative in ambito geriatrico, internistico, chirurgico;
- g) Capacità di usare le principali tecniche riabilitative in ambito materno-infantile;
- h) Capacità di usare le principali tecniche riabilitative in ambito geriatrico, internistico, chirurgico;
- i) Capacità di usare le principali tecniche riabilitative in ambito cardio-respiratorio;
- j) Verifica dei risultati.

Attività (indicare le attività che svolgerà il tirocinante e la certificazione):

Trattamenti in autonomia in ambito trapiantati d'organo minino n.10 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 |
|------|---------------------|----------------|------|---------------------|----------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |