

Le informazioni contenute nel presente Progetto sono rese ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 28.12.2000 n.445 e i sottoscrittori sono consapevoli della responsabilità penale cui possono andare incontro in casi di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445.

Allegato 1

PROGETTO FORMATIVO STUDENTI/SPECIALIZZANDI/VOLONTARI

Nome dello studente/specializzando/volontario_____

Nato/a a _____ il _____

Telefono _____ (eventuale secondo recapito) _____

Codice.Fiscale _____

E-Mail _____

Matricola _____

Facoltà di _____

Università/Ente Formativo _____

Corso di Laurea _____

Corso di Specializzazione _____

Master in _____

Altro _____

Azienda ospitante ASL Roma 1 Indirizzo Borgo S. Spirito n.3 – 00193 Roma

Area/Dipartimento/Distretto/UOC/UOSD

Sede/i dove si svolgerà il tirocinio/frequenza (è necessario elencare tutte le sedi)

Periodo di tirocinio n. mesi _____ dal _____ al _____

(Il periodo del tirocinio/frequenza deve corrispondere con la copertura assicurativa)

Soggetto Promotore _____

Tutor dell'Ente Promotore _____

Telefono _____

E-Mail _____

Tutor dell'ASL Roma1 _____

Telefono _____

E-Mail _____

Si ricorda che in base a quanto stabilito dal D.M. n. 142/1998 sui tirocini formativi, in ordine alla polizza infortuni si prevede che: **“...I soggetti promotori sono tenuti ad assicurare i tirocinanti contro gli infortuni sul lavoro presso l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL), nonché presso idonea compagnia assicuratrice per la responsabilità civile verso terzi. Le coperture assicurative devono riguardare anche le attività eventualmente svolte dal tirocinante al di fuori dell'azienda e rientranti nel progetto formativo e di orientamento...”**

Il suddetto obbligo previsto per legge a carico dell'ente proponente di copertura assicurativa INAIL dovrà comprendere la precisazione delle indicate sedi nel presente progetto formativo.

Con riferimento ai Medici in formazione specialistica il D.Lgs. n. 368/1999 stabilisce che: **“l'azienda sanitaria presso la quale il medico in formazione specialistica svolge l'attività formativa provvede, con oneri a proprio carico alla copertura assicurativa per i rischi professionali, per la responsabilità civile contro terzi e gli infortuni connessi all'attività assistenziale svolta dal medico in formazione nelle proprie strutture, alle stesse condizioni del proprio personale”**.

In relazione ai volontari iscritti ad un'associazione di volontariato la Legge 266 del 1991 (Legge Quadro sul volontariato) stabilisce che **“il volontariato è l'attività prestata in modo personale, spontaneo e gratuito, senza vincoli di subordinazione e senza finalità di lucro.”** (art. 2) e che **“le organizzazioni di volontariato devono provvedere a garantire la sicurezza e l'incolumità delle persone che svolgono attività di volontariato, anche attraverso la stipula di polizze assicurative contro infortuni e responsabilità civile...”** (art. 3). Tanto premesso, in presenza di una copertura assicurativa per RCT e Infortuni, i volontari non sono obbligati ad attivare una polizza INAIL, poiché non sono considerati lavoratori subordinati. Tuttavia, l'associazione di volontariato può scegliere di attivare una copertura INAIL su base volontaria, qualora l'attività svolta comporti rischi specifici.

Descrizione dettagliata di attività, obiettivi, modalità del tirocinio:

OBBLIGHI DEL TIROCINANTE:

- a) prendere atto che il rapporto di tirocinio non costituisce rapporto di lavoro (dall'art.1 comma 2 del Decreto ministeriale n.142 del 25 marzo 1998);
- b) aver svolto la formazione ai sensi del D.Lgs 81/08 in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro secondo quanto indicato dal RSPP aziendale tenendo conto del profilo di rischio inerente le attività previste e le sedi indicate;
- c) sottoporsi alla sorveglianza sanitaria di cui all'art.41 del D.Lgs 81/2008 o comunque ai controlli disposti dal Medico Competente ed alle disposizioni del Responsabile della Sicurezza e Prevenzione;
- d) per gli specializzandi esercenti le professioni sanitarie è essenziale la copertura assicurativa per il rischio professionale di colpa grave (Legge Gelli-Bianco n. 24/2017).
- e) attestare i periodi di frequenza compilando l'allegato 2, nel caso in cui non sia stato fornito un libretto o una scheda dall' Ente proponente;
- f) osservare le regole aziendali e le norme comportamentali previste per i dipendenti del corrispettivo profilo professionale;
- g) svolgere la propria attività in accordo con le finalità perseguite dalla Struttura/UO in cui si opera, all'interno degli obiettivi concordati, seguendo le indicazioni fornite dai Direttori/Responsabili, in coerenza con le disposizioni relative al settore e ai regolamenti generali dell'Azienda.

INFORMAZIONI PRIVACY

AI FINI DELLA PARTECIPAZIONE DEI TIROCINANTI CURRICULARI O EXTRACURRICULARI

L'Azienda Sanitaria Locale Roma 1 (di seguito "ASL Roma 1") con sede legale in Via Borgo Santo 3, 00193 Roma, in persona del Direttore Generale Dott. Giuseppe Quintavalle, in qualità di Titolare del trattamento, informa ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n. 2016/679 (in seguito "GDPR") e Codice Privacy, così come novellato dal D.lgs. 101/2018 che i dati personali saranno trattati con le modalità e per le finalità di seguito indicate.

1. Finalità e base giuridica del Trattamento

I dati personali raccolti dal Titolare sono trattati esclusivamente per **finalità** legate alla attività di formazione professionale per i tirocinanti curriculari, al fine di realizzare alternanza tra studio e lavoro e di agevolare le scelte professionali a favore di soggetti che hanno già assolto l'obbligo scolastico, nonché per i tirocinanti extracurriculari al fine dell'inserimento o del reinserimento nel mondo del lavoro. In particolare, per consentire lo svolgimento di attività professionale all'interno degli ambienti ospedalieri aziendali.

La **base giuridica** del trattamento dei dati personali di cui al punto n. 2 delle seguenti informazioni privacy si rinviene:

- per i tirocini curriculari, nell'art. 6, par. 1, lett. e) GDPR, in quanto "*il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri*", nonché qualora siano trattati particolari categorie di dati personali nell'art. 9, par. 2, lett. g), poiché "*il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico rilevante*" e nell'art. 2 sexies, par. 2 lett. bb) Codice Privacy "*(...) si considera rivelante l'interesse pubblico (...) in istruzione e formazione in ambito scolastico, professionale, superiore o universitario*";
- per i tirocini extracurriculari, nell'art. 6, par. 1, lett. b) GDPR, in quanto "*il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte*", nonché nell'art. 9, par. 2, lett. b), in quanto "*il trattamento è necessario per assolvere gli obblighi ed esercitare i diritti specifici del titolare del trattamento*".

2. Categorie di Dati personali

Per le finalità di cui al punto n. 1 potranno essere raccolte e, successivamente trattate, le seguenti categorie di dati:

- dati personali anagrafici;
- dati di contatto;
- dati relativi alla carriera scolastica, universitaria e professionale;
- dati assicurativi;
- inserire eventuali altre tipologie di dati personali (es: l'eventuale trattamento di dati sanitari e relativi alla salute dei tirocinanti qualora vengano richiesti a titolo esemplificativo la L. n. 104/1992 e certificati medici);

3. Modalità di Trattamento

Il trattamento dei dati personali è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4, par. 1, n. 2 GDPR e più precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, raffronto, utilizzo, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati.

I dati sono trattati dal Titolare solo con modalità, strumenti e procedure informatiche e/o cartacee strettamente necessari per realizzare le finalità descritte al punto n. 1.

Il Titolare predispone inoltre misure di sicurezza fisiche, tecniche e organizzative adeguate ai sensi dell'art. 32 GDPR per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati (*Data Breach*).

4. Periodo di Conservazione

I dati personali raccolti saranno conservati per il tempo necessario al raggiungimento delle finalità del trattamento indicate al punto n. 1 delle presenti informazioni privacy, salvo il tempo più lungo necessario per adempiere agli obblighi di legge e/o a quanto richiesto dalle Autorità competenti.

5. Accesso ai dati personali

I dati personali potranno essere accessibili per le finalità di cui al punto n. 1 dai dipendenti del Titolare del trattamento coinvolti ed espressamente autorizzati nell'ambito delle attività derivanti dall'erogazione del servizio per l'inserimento professionalizzante dell'interessato, nonché ad altri Enti, Organismi, Autorità verso i quali il Titolare del trattamento ha un obbligo di comunicazione previsto dalla legge.

7. Diritti dell'interessato

L'interessato dispone dei diritti di cui all'art. 15 GDPR e ss., più precisamente diritto di accesso, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione di trattamento, diritto di opposizione, nonché il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante (art. 77 GDPR e 141 Codice Privacy ss.mm.ii.).

8. Modalità di esercizio dei diritti

Il soggetto interessato potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti di cui al punto n. 6 delle presenti informazioni privacy, inviando apposita comunicazione all'indirizzo PEC del Titolare (protocollo@pec.aslroma1.it) o tramite raccomandata A/R alla **AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 1** con sede legale in Via Borgo Santo Spirito 3- 00193 Roma.

9. Identità e dati di contatto del:

- **Titolare del trattamento – AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 1 – ASL ROMA 1**

In persona del DIRETTORE GENERALE E-mail: direzione.generale@aslroma1.it

- **DPO (RPD) – SCUDO PRIVACY S.r.l.**

Nella persona del Dott. Carlo Villanacci, E-mail: dpo@aslroma1.it

Roma lì _____

Firma per presa visione e accettazione dello studente/specializzando/volontario

Firma e timbro dell'Università/Ente Proponente _____

Firma Tutor _____

Firma e Timbro del Direttore/Responsabile dell'Area/Distretto/UOC/UOSD
