REGIONE PIEMONTE

A.S.L. AT
Azienda Sanitaria Locale di Asti

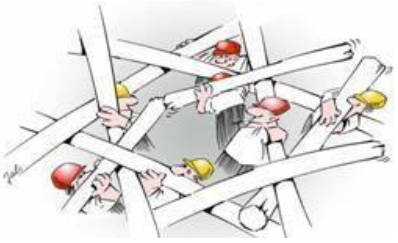
Via Conte Verde, 125 - 14100 ASTI
Casella Postale 130
tel. +39 0141.481111
Fax. +39 0141.484095
e-mail: protocollo@pec.asl.at.it
P.I. / Cod. Fisc. 01120620057

Asti, ...

REGISTRO ATTIVITÀ

☐ PERSONALE DIPENDENTE
√ **PERSONALE EQUIPARATO**

SIG. .....



Questa procedura è stata istituita allo scopo di tutelare i lavoratori e tutti coloro che a qualsiasi titolo si trovano ad operare all'interno dell'Azienda Sanitaria, così definiti lavoratori equiparati

NB: *I soggetti chiamati alla compilazione del presente Registro, sono personalmente responsabili di eventuali omissioni o errate compilazioni.*

Il presente Documento dovrà essere **custodito** dal soggetto interessato e **riconsegnato**, al termine dell'attività svolta nell'ambito delle Strutture dell'ASL AT, tramite le Figure di riferimento del S.G.S.L., alla SC Personale e Legale (se dipendente) e al Datore di Lavoro Delegato ed SPP (se personale equiparato).

LUOGO DI LAVORO - TIROCINIO - STAGE:

☐ **DIREZIONE GENERALE - DON BOSCO**
√ **PRESIDI OSPEDALIERI RIUNITI ASTI - VALLE BELBO**
☐ **COORDINAMENTO DISTRETTUALE**
√ **DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**
☐ **DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO TECNICO LOGISTICO**
☐ **ALTRO** .....

TIPOLOGIA CONTRATTUALE

PERSONALE E LEGALE

☐ **01** DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO
☐ **02** DIPENDENTE A TEMPO DETERMINATO
☐ **03** COLLABORATORE COORDINATO E CONTINUATIVO
☐ **04** LAVORATORE TEMPORANEO
☐ **05** LIBERO PROFESSIONISTA
☐ **06** COMANDATO DA ALTRE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE
☐ **07** BORSISTA (BORSA STUDIO)
☐ **08** .....

DATORE DI LAVORO DELEGATO

☐ **A** LAVORATORE CHE SVOLGE PRESTAZIONI PROFESSIONALI DI TIPO ACCESSORIO
☐ **B** PARTECIPANTE A CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE.
√ **C STUDENTE DEGLI ISTITUTI DI ISTRUZIONE E UNIVERSITARI E IL PARTECIPANTE A CORSI DI FORMAZIONE PROFESSIONALI.**
☐ **D** FREQUENTATORE VOLONTARIO
☐ **E** TIROCINANTE IN FORMAZIONE E ORIENTAMENTO.
☐ **F** PERSONALE IN RAPPORTO CONVENZIONALE (SPECIALISTA AMBULATORIALE, MEDICO 118, GUARDIA MEDICA)
☐ **G** DIPENDENTE ALTRE ASL/ENTI
☐ **H** BORSA LAVORO
☐ **I** LAVORATORI UTILIZZATI NEI LAVORI SOCIALMENTE UTILI
☐ **L** VOLONTARIO SINGOLO
☐ **M** ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO
☐ **N** CLINICAL SPECIALIST
☐ **O** .....

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. AT
Azienda Sanitaria Locale di Asti

Via Conte Verde, 125 - 14100 ASTI
Casella Postale 130
tel. +39 0141.481111
Fax. +39 0141.484095
e-mail: protocollo@pec.asl.at.it
P.I. / Cod. Fisc. 01120620057

REGISTRO ATTIVITÀ - MODULO 1
INFORMAZIONI PERSONALI

DA COMPILARE A CURA DEL SOGGETTO INTERESSATO
(LAVORATORE EX ART.2 COMMA 1 LETT. A D.LGS 81/08)

Nome ..... Cognome ..... Sesso M ☐ F ☐

Nato/a (comune) ..... (Provincia) ..... il ..... /..... /..... Nazionalità .....

Residenza (comune) ..... (Provincia) ..... (CAP) .....

Indirizzo ..... (N. civico) ..... Indirizzo posta elettronica .....

Codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ recapito telefonico .....

Attività professionale da esercire/apprendere presso ASL AT : INFERMIERE

Dichiara di comprendere e conoscere la lingua italiana, lingua veicolare utilizzata nel percorso formativo e lavorativo.

SOTTOSCRIVENDO QUANTO DICHIARATO, IL SOGGETTO INTERESSATO S'IMPEGNA A:

- **Effettuare la visita medica preventiva programmata**
- **Sottoporsi ai percorsi formativi integrativi,** ove previsti
- **Esporre** la tessera di riconoscimento con proprie generalità e corredata di foto.
- **Usare correttamente** i Dispositivi di Protezione Individuale forniti e Dispositivi Protezione Collettiva presenti sul luogo di lavoro, secondo le indicazioni del Preposto.
- **Attenersi** alle "Buone Prassi" fornite.
- **Segnalare immediatamente** al Preposto l'infortunio e/o quasi incidente (near miss) accaduto, avendo cura di compilare il modulo predisposto in Reparto (Dichiarazione infortunato); di recarsi al Pronto Soccorso solo per gli infortuni e dichiarando da quale Ditta / Ente / Università è in carico.
- **Effettuare la visita medica di fine rapporto,** quando prescritto per legge (rischio chimico - preparazione cancerogeni - biologico uso deliberato), dal Medico Competente dell'ASL AT.
- **Rispettare i divieti normativi** su: FUMO, ASSUNZIONE-SOMMINISTRAZIONE di BEVANDE ALCOLICHE e SUPERALCOLICHE durante tutto il periodo di lavoro.

*Il presente Documento dovrà essere **custodito dal soggetto interessato** e **riconsegnato**, **al termine dell'attività** svolta nell'ambito delle Strutture dell'ASL AT, tramite le Figure di riferimento del S.G.S.L., alla SC Personale e Legale (se dipendente) e al Datore di Lavoro Delegato e S.P.P. (se personale equiparato)*

Data .....

Firma .....

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. AT
Azienda Sanitaria Locale di Asti

Via Conte Verde, 125 - 14100 ASTI
Casella Postale 130
tel. +39 0141.481111
Fax. +39 0141.484095
e-mail: protocollo@pec.asl.at.it
P.I. / Cod. Fisc. 01120620057

REGISTRO ATTIVITÀ - MODULO 2
INFORMAZIONI BASE - ACCOGLIENZA

DA COMPILARE A CURA DEL DATORE DI LAVORO DELEGATO DELLA STRUTTURA DI ACCOGLIENZA

☐ **Tempo indeterminato** √ **Tempo determinato**

Convenzione DGR n .10 - 4695 del 25.02.2022 in atto tra ASL AT e UNITO - REG PIEMONTE valida fino 2024

Lavoratore equiparato ha consegnato: √ Attestato di avvenuta formazione RISCHIO GENERALE (4 ore)
√ Attestato di avvenuta formazione RISCHIO SPECIFICO (12ore)

NB: *Per i tirocini e le frequenze volontarie, la verifica della regolarità e sussistenza degli atti ed attestati necessari all'accesso, viene effettuata prima dell'emissione dell'autorizzazione e ne fa parte integrante.*

Proveniente da Università UNI TO - SCUOLA DI MEDICINA	Indirizzo C.so Dogliotti, 38 - 10126 Torino
Datore di Lavoro del Soggetto interessato (DL) Rettore	STEFANO GEUNA
Dirigente di riferimento del Soggetto interessato (DIR)	PENNA CLAUDIA

Data di inizio attività ..... **per un totale ore di 1800**

Assegnazione con la mansione INFERMIERE presso i Presidi Ospedalieri Riuniti dell'ASL AT

Al soggetto interessato

√ **Viene consegnato** il REGISTRO ATTIVITÀ.
√ **Viene consegnato** tesserino di riconoscimento.

NB: La Struttura competente al rilascio dell'autorizzazione, invia il soggetto lavoratore con il registro attività, al datore di lavoro delegato di riferimento.

*Il presente Documento dovrà essere **custodito dal soggetto interessato** e **riconsegnato**, **al termine dell'attività** svolta nell'ambito delle Strutture dell'ASL AT, tramite le Figure di riferimento del S.G.S.L., alla SC Personale e Legale (se dipendente) e al Datore di Lavoro Delegato e S.P.P. (se personale equiparato)*

Data .....

Il Datore di Lavoro Delegato

.....

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. AT
Azienda Sanitaria Locale di Asti

Via Conte Verde, 125 - 14100 ASTI
Casella Postale 130
tel. +39 0141.481111
Fax. +39 0141.484095
e-mail: protocollo@pec.asl.at.it
P.I. / Cod. Fisc. 01120620057

REGISTRO ATTIVITÀ - MODULO 3 A
CHECK LIST IN FASE DI INGRESSO

DA COMPILARE A CURA DEL DIRIGENTE S.G.S.L. ASL AT
(DIRIGENTE EX ART.2 COMMA 1 LETT. D D.LGS 81/08)

Il sottoscritto ..... DIRIGENTE S.G.S.L., **VERIFICATA** a

Nome ..... Cognome ..... con codifica ..... ☐ .....

☐ La congruità del giudizio di idoneità lavorativa alla mansione specifica rilasciata dal Medico Competente;

☐ Curriculum formativo, motivazione, coerenza tirocinio con ambito lavorativo se lavoratore equiparato.

Invia il Soggetto lavoratore con il presente **REGISTRO ATTIVITÀ** a .....

in quanto **Preposto** (ex Art.2, comma 1, lett. E, D.Lgs 81/08) della Struttura .....

in qualità di:

☐ Neoassunto ☐ Trasferimento da reparto √ Tirocinante .....

☐ **VERIFICATA LA NON IDONEITÀ**, per mancanza di uno dei requisiti sopra citati, **NON SI AUTORIZZA** L'INGRESSO IN AZIENDA

*Il presente Documento dovrà essere **custodito dal soggetto interessato** e **riconsegnato**, **al termine dell'attività** svolta nell'ambito delle Strutture dell'ASL AT, tramite le Figure di riferimento del S.G.S.L., alla SC Personale e Legale (se dipendente) e al Datore di Lavoro Delegato e S.P.P. (se personale equiparato)*

Data .....

Il Dirigente della Struttura

.....

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. AT
Azienda Sanitaria Locale di Asti

Via Conte Verde, 125 - 14100 ASTI
Casella Postale 130
tel. +39 0141.481111
Fax. +39 0141.484095
e-mail: protocollo@pec.asl.at.it
P.I. / Cod. Fisc. 01120620057

REGISTRO ATTIVITÀ - MODULO 3 B

CHECK LIST IN FASE DI INGRESSO

DA COMPILARE A CURA DEL PREPOSTO S.G.S.L. ASL AT

(PREPOSTO EX ART.2 COMMA 1 LETT. E D.LGS 81/08)

Il sottoscritto Nome ..... Cognome .....

In qualità di **PREPOSTO** della Struttura, al momento dell'ingresso:

► **VERIFICA** personalmente
- Dotazione di divisa analoga a tutti gli operatori aziendali (ove previsto).
- Dotazione di tesserino di riconoscimento, ove previsto.

► **NOMINA** come **TUTOR** di riferimento ..... in quanto persona esperta che affiancherà per l'addestramento sul luogo di lavoro il Soggetto interessato ai sensi art.37 comma 5.

► **GARANTISCE e pianifica la partecipazione** del dipendente **ai corsi integrativi di formazione e addestramento sulla sicurezza** organizzati da questa Azienda Sanitaria.

► **FORNISCE** PERSONALMENTE, **al soggetto interessato informazioni su**:
- Rischi integrativi del settore (es. Ciclo Lavorativo, sintesi VDR effettuate)
- D.P.I. da utilizzare (con formazione e consegna certificata dei Dispositivi Protezione Individuali)
- Ubicazione, etc.. dei D.P.C. (dispositivi protezione collettivi es. cappe, aghi protetti,….)
- Attrezzature in uso e addestramento (visione elenco dettagliato di Struttura e loro manuale uso)
- Tecnologie utilizzate (visione elenco dettagliato di Struttura e addestramento)
- Ausili in dotazione (visione elenco dettagliato di Struttura e addestramento)
- Sostanze/preparati pericolosi presenti e le relative schede di sicurezza dei prodotti.
- Gestione delle emergenze non sanitarie (visione estratto PEI e procedure emergenza in uso)
- Procedure da seguire in caso di infortunio lavorativo (visione moduli aziendali predisposti)
- Sorveglianza sanitaria (visione protocollo sanitario)
- "Buone prassi" lavorative in uso (RM, RX, Laser, MMC, etc…)

*Il presente Documento dovrà essere **custodito dal soggetto interessato** e **riconsegnato**, **al termine dell'attività** svolta nell'ambito delle Strutture dell'ASL AT, tramite le Figure di riferimento del S.G.S.L., alla SC Personale e Legale (se dipendente) e al Datore di Lavoro Delegato e S.P.P. (se personale equiparato)*

Data .....

Preposto .....

Tutor di riferimento .....

Soggetto interessato .....

REGIONE PIEMONTE
A.S.L. AT
Azienda Sanitaria Locale di Asti

Via Conte Verde, 125 - 14100 ASTI
Casella Postale 130
tel. +39 0141.481111
Fax. +39 0141.484095
e-mail: protocollo@pec.asl.at.it
P.I. / Cod. Fisc. 01120620057

REGISTRO ATTIVITÀ - MODULO 4

CHECK LIST IN FASE DI CONCLUSIONE

DA COMPILARE A CURA DEL SOGGETTO INTERESSATO E DAL PREPOSTO

A CONCLUSIONE DEL RAPPORTO LAVORATIVO (OPPURE AD OGNI CAMBIO DI STRUTTURA)

Il sottoscritto *Nome* ..... *Cognome* ..... *Sesso* M ☐ F ☐

lavoratore, individuato con codifica **C) STUDENTE UNIVERSITARIO** dichiara sotto la propria responsabilità di:

☐ Non essere stato vittima di infortunio

☐ Essere stato vittima di infortunio e di aver notificato al Preposto ASL l'accaduto (allegare certificato)

☐ Non essere stato soggetto a situazioni di pericolo

☐ Essere stato soggetto a situazioni di pericolo/quasi incidente (near miss) e di aver notificato al Preposto l'evento specificandone le dinamiche (data ..... luogo .....

conseguenze.....)

Data ..... Firma .....

Il sottoscritto Nome ..... Cognome .....

In qualità di PREPOSTO S.G.S.L. della Struttura....., sentito il TUTOR di riferimento (se trattasi di lavoratore equiparato), Sig./ra .....con la presente autocertifica quanto dichiarato dal Soggetto interessato nel capitolo precedente.

- **Prenota** la visita medica di fine rapporto, **quando prescritto dalla legge (**rischio chimico – preparazione cancerogeni – biologico uso deliberato), dal Dott. ..... il ..... ore .....
- **Certifica** la frequenza del soggetto interessato come da programma:

  Data di inizio attività ...../...../..... Data di cessazione ...../...../..... Totale h/gg .....
- **Certifica** che il dipendente ha prestato servizio dal ...../...../..... al ...../...../.....

*Il presente Documento dovrà essere **custodito dal soggetto interessato** e **riconsegnato**, **al termine dell'attività** svolta nell'ambito delle Strutture dell'ASL AT, tramite le Figure di riferimento del S.G.S.L., alla SC Personale e Legale (se dipendente) e al Datore di Lavoro Delegato e S.P.P. (se personale equiparato)*

Data .....

Firma .....