

**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

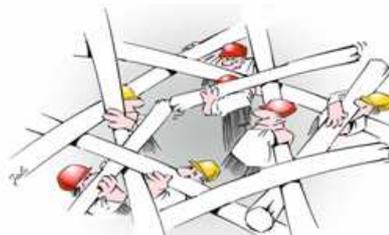
- A** LAVORATORE CHE SVOLGE
PRESTAZIONI PROFESSIONALI DI
TIPO ACCESSORIO
- B** PARTECIPANTE A CORSO DI
FORMAZIONE PROFESSIONALE.
- C** ALLIEVO DEGLI ISTITUTI DI
ISTRUZIONE E UNIVERSITARI E IL
PARTECIPANTE A CORSI DI
FORMAZIONE PROFESSIONALI.
- D** FREQUENTATORE VOLONTARIO
- E** TIROCINANTE IN FORMAZIONE 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**

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

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.18-8384 del 08.02.2019 in atto tra ASL AT e UNITO - REG PIEMONTE **valida fino** 08.02.2021

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) VILLA MAURO

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

.....

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

.....

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

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) ALLIEVO 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