

**SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN  
MEDICINA E CHIRURGIA DEL CAVALLO**

**Direttore Prof.ssa Micaela Sgorbini**

Email: micaela.sgorbini@unipi.it

**Allegato 1**

**DOMANDA DI TIROCINIO**

Data \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Specializzando in  
Medicina e Chirurgia del cavallo, dopo aver preso visione della procedura di tirocinio, rivolge  
domanda di tirocinio al Direttore della Scuola.

Il sottoscritto fornisce le seguenti informazioni:

nome e cognome: \_\_\_\_\_;

indirizzo e telefono: \_\_\_\_\_;

numero di matricola: \_\_\_\_\_

Firma

**SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN  
MEDICINA E CHIRURGIA DEL CAVALLO**

**Direttore Prof.ssa Micaela Sgorbini**

Email: micaela.sgorbini@unipi.it

**Allegato 2**

**PROGRAMMA DI TIROCINIO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in accordo con il proprio

Tutor interno \_\_\_\_\_, propone il seguente

programma di tirocinio

**ATTIVITA' TIROCINIO**

**Struttura 1**

Nome della struttura \_\_\_\_\_

Tipologia di tirocinio \_\_\_\_\_

Data di inizio tirocinio \_\_\_\_\_

Data di fine tirocinio \_\_\_\_\_

Sabato (barrare la scelta) inclusi  esclusi

**Struttura 2**

Nome della struttura \_\_\_\_\_

Tipologia di tirocinio \_\_\_\_\_

Data di inizio tirocinio \_\_\_\_\_

Data di fine tirocinio \_\_\_\_\_

Sabato (barrare la scelta) inclusi  esclusi

**Struttura 3**

Nome della struttura \_\_\_\_\_

Tipologia di tirocinio \_\_\_\_\_

Data di inizio tirocinio \_\_\_\_\_

Data di fine tirocinio \_\_\_\_\_

Sabato (barrare la scelta) inclusi  esclusi

**SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN  
MEDICINA E CHIRURGIA DEL CAVALLO**

**Direttore Prof.ssa Micaela Sgorbini**

Email: micaela.sgorbini@unipi.it

**ATTIVITA' DI TIROCINIO**

**Struttura 4**

Nome della struttura \_\_\_\_\_

Tipologia di tirocinio \_\_\_\_\_

Data di inizio tirocinio \_\_\_\_\_

Data di fine tirocinio \_\_\_\_\_

Sabato (barrare la scelta) inclusi  esclusi

**Struttura 5**

Nome della struttura \_\_\_\_\_

Tipologia di tirocinio \_\_\_\_\_

Data di inizio tirocinio \_\_\_\_\_

Data di fine tirocinio \_\_\_\_\_

Sabato (barrare la scelta) inclusi  esclusi

**SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN  
MEDICINA E CHIRURGIA DEL CAVALLO**

**Direttore Prof.ssa Micaela Sgorbini**

Email: micaela.sgorbini@unipi.it

**Allegato 3**

**PROGETTO FORMATIVO**

Convenzione sottoscritta tra il Dipartimento di Scienze Veterinarie dell'Università di Pisa d'ora in avanti denominata Dipartimento, e il/la \_\_\_\_\_,  
d'ora in avanti denominato/a Struttura Ospitante, in data \_\_\_\_\_

**GESTIONE AMMINISTRATIVA**

Scuola di Specializzazione in Medicina e chirurgia del cavallo – Dipartimento di Scienze  
Veterinarie

Università di Pisa

**Dati Specializzando**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

**DATI STRUTTURA OSPITANTE**

Denominazione \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

**SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN  
MEDICINA E CHIRURGIA DEL CAVALLO**

**Direttore Prof.ssa Micaela Sgorbini**

Email: micaela.sgorbini@unipi.it

**DATI TUTOR TIROCINIO**

Tutor interno \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ - Fax \_\_\_\_\_ - Mail \_\_\_\_\_

Tutor interno \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ - Fax \_\_\_\_\_ - Mail \_\_\_\_\_

**OBIETTIVO DEL TIROCINIO**

**MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO**

Sede Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

**Durata**

Ore totali \_\_\_\_\_ Periodo di svolgimento: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Ore settimanali previste \_\_\_\_\_ Giorni alla settimana previsti \_\_\_\_\_

-- Unipolsai Assicurazioni S.p.A., Agenzia di Pisa via A. Battelli 3 - PISA)

- Assicurazione infortuni con polizza attivata dall'Università di Pisa
- Assicurazione contro i rischi derivanti da responsabilità civile, con polizza attivata dall'Università di Pisa

Per il Dipartimento di Scienze Veterinarie Il tutor \_\_\_\_\_

**TIMBRO E FIRMA**

**SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN  
MEDICINA E CHIRURGIA DEL CAVALLO**

**Direttore Prof.ssa Micaela Sgorbini**

Email: micaela.sgorbini@unipi.it

**SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN “MEDICINA E CHIRURGIA DEL CAVALLO ”**

**Prof. Direttore Prof.ssa Micaela Sgorbini**

Email micaela.sgorbini@unipi.it

**PROGETTO FORMATIVO PER LE ATTIVITA' PRATICHE**

**OBBLIGHI DELLO SPECIALIZZANDO**

Seguire le indicazioni dei tutori;  
rispettare i regolamenti disciplinari, le norme organizzative di sicurezza e di igiene sul lavoro vigente in Azienda;  
mantenere l'obbligo della segretezza durante e dopo il tirocinio per quanto attiene a prodotti, processi produttivi e ad ogni altra attività o caratteristica dell'azienda ospitante di cui venga a conoscenza durante il tirocinio;  
in caso di incidente segnalarlo tempestivamente alla Struttura Ospitante e alla Dipartimento  
trasmettendo ad entrambe il certificato medico indicante la prognosi;  
richiedere verifica ed autorizzazione per eventuali elaborati o relazioni verso terzi;  
redigere una relazione sull'attività svolta da consegnare al tutor universitario;  
compilare una scheda di valutazione dell'attività pratica da consegnare al Direttore della Scuola  
-Viale delle Piagge, 2 – 56124 PISA.

Data \_\_\_\_\_

Firma dello specializzando per presa  
visione ed integrale accettazione