UNIVERSITÀ degli STUDI di CATANIA

# PROGETTO FORMATIVO INDIVIDUALE



**Da effettuarsi presso** SSD di Diagnosi Prenatale e Chirurgia Fetale Clinica Mangiagalli

**Nominativo dello/a specializzando/a del/della tirocinante**... Gulisano Chiara

Nato/a a ..... Catania ..... Prov. CT ....il ..... 12/04/1997 .....

Residente in..... Catania .....Prov. ..... CT ..... Cap..... 95128 .....Via ..... Milano .....n..... 3 .....

Codice fiscale..... GLSCHR97D52C351D .....

Telefono..... 3478967155 .....e-mail (*in stampatello*): chiaragulisano@hotmail.com

**Attuale condizione:**

Laurea in: ..... Medicina e Chirurgia .....iscritto/a al ..... IV ..... Anno di corso della Scuola

di Specializzazione in..... Ginecologia e Ostetricia .....

Area medica ☒ Area non medica ☐ **presso l'Università degli Studi di Catania**

**Soggetto ospitante** Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico

Indirizzo..... Via della Commenda 12, 20122 MI .....-Tel..... 0255035503 .....

**Pec:** ..... protocollo@pec.policlinico.mi.it .....

Ufficio/ per le convenzioni extrarete- contatto: .....

E-mail (*in stampatello*)... nicola.persico@policlinico.mi.it / silvia.meloni@policlinico.mi.it .....

Sede/i del tirocinio..... SSD di Diagnosi Prenatale e Chirurgia Fetale Clinica Mangiagalli .....

Orario di svolgimento del tirocinio dalle ore ..... 08 ..... alle ore ..... 17 .....

Ore settimanali previste ..... 38 ..... (*max 38 ore*)

Tempi di accessi ai locali aziendali (*indicare i giorni*) ..... Lun-Ven .....Periodo di tirocinio n. mesi ..... 6 .....

dal..... 02/11/2026 .....al..... 30/04/2027 ..... (*la durata del tirocinio non può superare i 18 mesi*)

Tutor universitario U.C. ..... Prof. Marco Palumbo .....

Tutor aziendale (*nome, cognome, qualifica*) .....

Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione.....

Medico competente..... Dott. Rapisarda .....

**Polizze assicurative**

polizza..... Colpa grave .....n..... RCM20089958271 .....con scadenza..... 30/10/2026 .....;

P.A.T. INAIL n. .....

Altre polizze: .....

UNIVERSITÀ degli STUDI di CATANIA

# PROGETTO FORMATIVO INDIVIDUALE

**Da effettuarsi presso** SSD di Diagnosi Prenatale e Chirurgia Fetale Clinica Mangiagalli

**Nominativo dello/a specializzando/a del/della tirocinante**... Gulisano Chiara

Nato/a a ..... Catania ..... Prov. CT ..il ..... 12/04/1997 .....

Residente in..... Catania .....Prov. ..... CT ..... Cap..... 95128 .....Via ..... Milano .....n..... 3 .....

Codice fiscale..... GLSCHR97D52C351D .....

Telefono..... 3478967155 .....e-mail (*in stampatello*): ..... chiaragulisano@hotmail.com .....

**Attuale condizione:**

Laurea in: ..... Medicina e Chirurgia .....iscritto/a al ..... IV ..... Anno di corso della Scuola

di Specializzazione in..... Ginecologia e Ostetricia .....

Area medica [X] Area non medica [ ] **presso l'Università degli Studi di Catania**

**Soggetto ospitante**..... Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico

Indirizzo..... Via della Commenda 12, 20122 MI .....-Tel..... 0255035503 .....

**Pec:** ..... ..... protocollo@pec.policlinico.mi.it .....

Ufficio/ per le convenzioni extrarete- contatto: .....

E-mail (*in stampatello*)... ..... nicola.persico@policlinico.mi.it / silvia.meloni@policlinico.mi.it .....

Sede/i del tirocinio..... SSD di Diagnosi Prenatale e Chirurgia Fetale Clinica Mangiagalli .....

Orario di svolgimento del tirocinio dalle ore ..... 08 ..... alle ore ..... 17 .....

Ore settimanali previste ..... 38 ..... (*max 38 ore*)

Tempi di accessi ai locali aziendali (*indicare i giorni*) ..... Lun-Ven .....Periodo di tirocinio n. mesi ..... 6 .....

dal..... 02/11/2026 .....al..... 30/04/2027 ..... (*la durata del tirocinio non può superare i 18 mesi*)

Tutor universitario U.C. ..... Prof. Marco Palumbo .....

Tutor aziendale (*nome, cognome, qualifica*) ..... .....

Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione.....

Medico competente..... Dott. Rapisarda .....

**Polizze assicurative**

polizza..... Colpa grave .....n..... RCM20089958271 .....con scadenza..... 30/10/2026 .....;

P.A.T. INAIL n. .....

Altre polizze: .....

**Obiettivi formativi e modalità di svolgimento del tirocinio**

- Conoscenze, abilità e competenze che ci si prefigge di acquisire (a cura della Scuola di Specializzazione):

  Screening ecografico di I, II e III trimestre, ecocardiografia fetale, diagnosi prenatale

- Piano delle attività formative del periodo di formazione (a cura della Scuola di Specializzazione):

  Raggiungimento di conoscenze teoriche, scientifiche e professionali nel campo della diagnosi e della terapia medica e chirurgica della patologia fetale

- Sede e denominazione della Unità organizzativa o struttura assimilata (a cura della struttura ospitante):

- Modalità di supervisione e valutazione delle attività formative (a cura della struttura ospitante):
-

**Obblighi del/della 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 processi produttivi, prodotti 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 in materia di igiene e sicurezza;
- prendere atto che la frequenza non costituisce rapporto di lavoro;
- al termine del periodo di frequenza presso la struttura esterna, il medico in formazione specialistica dovrà consegnare al Consiglio della Scuola, per la valutazione di merito, una relazione sull'attività svolta e un'attestazione sulla frequenza prestata.

**Consenso al trattamento dei dati del/della tirocinante da parte del soggetto ospitante, in applicazione del Regolamento (UE) 679/2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (regolamento generale sulla protezione dei dati)**

**Barrare il consenso** ☒

data 05/01/2026

Firma per presa visione e accettazione del/della specializzando/a.....

Firma del tutor universitario.....U.O.C. Patologia Ostetricia e Ginecologia.....

A.O.U. Policlinico "G. Rodolico - San Marco" Catania P.O. SAN MARCO U.O.C. Patologia Ostetricia e Ginecologia Direttore Prof. Marco Palumbo

Firma del tutor aziendale.....A.O.U. Policlinico "G. Rodolico - San Marco" Catania P.O. SAN MARCO U.O.C. Patologia Ostetricia e Ginecologia.....

Firma del Direttore/Direttrice della Scuola....Direttore Prof. Marco Palumbo.....

Dott. NICOLA PERSICO Aiuto Chirurgo Specialista in Ostetricia e Ginecologia C.F. PRS NCL

Firma e timbro del Soggetto Ospitante.....