

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA

Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Area degli Staff di Direzione Strategica

Formazione

Tel. 051/6366576 – 713

Prot. n. 0009078/2017

ISTRUZIONI PER I MEDICI IN FORMAZIONE SPECIALISTICA

CHE RICHIEDONO UN PERIODO FORMATIVO ALLO IOR

Scuole di Specializzazione che **NON** fanno parte dell'Università degli studi di Bologna



Per l'attività svolta presso le proprie strutture, l'Istituto Ortopedico Rizzoli (IOR) garantisce ai MFS lo stesso livello di tutela della salute e sicurezza dei propri dipendenti e del personale universitario convenzionato e dispone il monitoraggio ed il controllo, da parte dei seguenti servizi aziendali:

- Medicina del Lavoro (Medico competente ed Esperto Qualificato della Fisica Sanitaria);
- Servizio di Prevenzione e Protezione.



SS Formazione – PRESA IN CARICO DEL MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA E GOVERNO DELLE ATTIVITA' AMMINISTRATIVE

Il MFS interessato a svolgere un periodo di formazione allo IOR, è tenuto a prendere contatti con la SS Formazione **almeno 60 giorni prima dell'inizio del periodo formativo** per consentire la raccolta dei pareri e/o documenti necessari all'eventuale e successivo rilascio di formale autorizzazione da parte dello IOR.

La documentazione da inviare è la seguente:

- 1) Richiesta da parte del Direttore della Scuola di Specializzazione con l'indicazione della Struttura Organizzativa presso la quale si richiede di svolgere il periodo formativo, dell'attività da svolgere e del periodo formativo
- 2) Copia del Contratto di Formazione Specialistica
- 3) Bozza della Convenzione tra l'Università degli Studi sede della Scuola di Specializzazione e l'Istituto Ortopedico Rizzoli (solo se richiesta dall'Università sede della Scuola di Specializzazione)
- 4) Piano formativo.
- 5) Indirizzo, recapito telefonico ed e-mail dello specializzando richiedente

La documentazione di cui sopra va inoltrata tramite e-mail a: formazione@ior.it.

L'esito dell'istruttoria sarà comunicato dalla Direzione Sanitaria all'indirizzo e-mail comunicato dall'interessato.

Nel caso si esito positivo, prima dell'inizio del periodo di formazione, il MFS è tenuto a prendere contatti con la SS Formazione dello IOR per il completamento della presa in carico da parte della struttura.

La SS Formazione (Centro di Ricerca via di Barbiano n. 1/10 - scala A) riceve i **MFS previo appuntamento richiesto tramite mail a: formazione@ior.it**

Con il completamento della presa in carico, il MFS è inserito a tutti gli effetti nel sistema informativo dello IOR ed è sottoposto al monitoraggio ed ai controlli che ne derivano.

In particolare, la SS Formazione fornisce informazioni relative a:

IDENTIFICAZIONE DEL MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA

Affinché il MFS possa svolgere la propria attività formativa presso l'Istituto, è necessario che sia munito di cartellino di identificazione. Per il rilascio, è necessario compilare la modulistica dedicata (**allegato 1**) e riconsegnarla alla SS Formazione integrata con: 1)**foto tessera**; 2)**fotocopia del documento di identità in corso di validità**.

Al termine del periodo di formazione, il MFS è tenuto a riconsegnare il cartellino di identificazione.

SICUREZZA E PREVENZIONE NEGLI AMBIENTI DI LAVORO

Il MFS è tenuto a frequentare gli eventi formativi in materia di Sicurezza e Prevenzione negli ambienti di lavoro di cui agli artt. 36-37 del D. Lgs. 81/2008 e s.m.i..

Al fine di poter verificare la partecipazione anche pregressa ai corsi di cui sopra, il MFS deve fornire al **Servizio Prevenzione e Protezione dello IOR** copia della documentazione e/o dell'attestato di frequenza ad eventi formativi sulla sicurezza nei luoghi di lavoro realizzati in conformità a quanto previsto dall'Accordo Stato Regioni sulla formazione dei dirigenti, preposti e lavoratori (pubblicato in G. U. n.8 del 11/01/2012) e agli artt. 36 - 37 del d.lgs. 81/2008 e s.m.i..

Il Servizio Prevenzione e Protezione è ubicato presso il Centro di ricerca dello IOR (Via di Barbiano n. 1/10), contatti: tel. **051-6366658** o **051-6366656** - mail: mirco.alboresi@ior.it o elisabetta.sacchetti@ior.it .

COPERTURA ASSICURATIVA

L'Istituto garantisce al MFS la copertura della responsabilità civile verso terzi relativa all'attività svolta presso le proprie strutture (di sede e collegate). L'Istituto garantisce, altresì, la copertura assicurativa per gli infortuni derivanti dall'esercizio delle attività e delle prestazioni assistenziali previste annualmente dal programma di formazione individuale. Tali coperture assicurative RCT e Infortuni vengono garantite con le medesime modalità previste per il personale dipendente.¹

Contatti per informazioni sulla copertura assicurativa: **SSD Affari Legali ed Generali - Assicurazioni**

Tel. 051-6366816.

Nel caso di infortunio: il MFS deve dare immediata comunicazione dell'infortunio alla struttura di sede effettiva e inviarne una copia alla struttura IOR .

In caso di prolungamento di infortunio, il MFS deve consegnare/spedire i certificati entro 3 giorni.

Contatti per la consegna della **copia** del certificato di infortunio: **SPORTELLO QUALIFICATO** c/o Sede Ospedaliera Ospedale via C. Pupilli, n. 1 - Bologna – 1° Piano Area Monumentale, Corridoio Podologia – tel. **051-6366446** fax. **051-6446622**, mail: sportello.qualificato@ior.it

BUONI MENSA E DOTAZIONE DIVISE

Per ottenere l'accesso alla mensa dell'Istituto, è necessario rivolgersi al Magazzino Economico dell'Ente (sede Ospedaliera Via Pupilli 1 - piano terra dell'ala monumentale nei locali Ex Farmacia), nei seguenti giorni: lunedì – mercoledì e venerdì (dalle ore 12,00 alle 13,00).

¹ V.di paragrafo 7 – Copertura assicurativa Accordo Attuativo Locale tra l'Istituto Ortopedico Rizzoli e l'Alma Mater Studiorum

Per il ritiro delle divise, è necessario recarsi presso la sede della SERVIZI ITALIA dal lunedì al venerdì dalle ore 7 alle 16 ed il sabato dalle 7 alle 12 (tel. 051/6366278).

Per l'acquisto dei buoni mensa e per il ritiro del vestiario, occorre presentare il modulo di presa visione delle istruzioni operative, in calce al presente documento, firmato, datato.

TAGLIANDO PER IL PARCHEGGIO

Il tagliando per il parcheggio (allegato 1) è rilasciato previa richiesta tramite mail a: formazione@ior.it

MATERNITA'

In materia di maternità, si demanda alle Linee guida per la Tutela della Maternità dei MFS, redatte a cura dell'ASAN e pubblicate sul sito dell'Università degli Studi di Bologna.



Segreteria della Direzione Sanitaria – ACCERTAMENTO IDONEITA' FISICA – SORVEGLIANZA SANITARIA

Dopo aver preso contatti con la SS Formazione e prima dell'inizio del periodo di formazione, il MFS autorizzato a svolgere un periodo formativo presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli, deve rivolgersi alla **Segreteria della Direzione Sanitaria** (Sede Ospedaliera in Via Pupilli n. 1 Bologna - 1° piano ala monumentale) per ottenere le indicazioni per l'accesso ai protocolli di sorveglianza sanitaria. La Segreteria della Direzione Sanitaria riceve i MFS dal **lunedì al venerdì dalle ore 09,00 alle ore 14,00**.

Per l'**accesso ai protocolli di sorveglianza sanitaria** occorre: prenotare almeno 15 giorni prima dell'inizio del percorso formativo (tempo stimato necessario per l'effettuazione di esami strumentali e visita di idoneità) direttamente presso il **Servizio di Medicina del Lavoro IOR** (sito al 1° piano ala monumentale sede ospedaliera dell'Istituto) o **telefonare 051-6366287 dalle ore 8 alle ore 13 dal lunedì al venerdì**, per concordare date e orari dei prelievi e delle visite.

Il mancato espletamento di quanto sopra, non consentirà l'avvio del percorso formativo.



PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PRIVACY

I MFS sono tenuti a prendere visione dei seguenti documenti:

- Codice Etico e di Comportamento disponibile sul portale dell'Università degli Studi di Bologna: <http://www.unibo.it/it/didattica/scuole-di-specializzazione/informazioni-per-specializzandi-medici/codice-di-comportamento>
- Codice di Comportamento Aziendale dello IOR, disponibile sul sito web: <http://www.ior.it/il-rizzoli/codice-disciplinare-e-codice-di-condotta>
- Documentazione aziendale in tema di privacy, disponibile all'indirizzo intranet <http://intranet.internal.ior.it/documentazione/documenti-istituzionali/informativa-privacy>

Allegati:

- 1) Richiesta cartellino riconoscimento/contrassegno parcheggio

Dichiarazione di presa visione

(da compilare e inviare tramite e-mail a formazione@ior.it)

Il/La sottoscritto/a

nato/a a(Prov.) il

residente a (Prov.) in via

domicilio (se diverso dalla residenza).....

Tel./Cell. e-mail.....

codice fiscale.....

iscritto alla Scuola di Specializzazione in

a.a.....anno di corso

DICHIARA

la presa visione delle istruzioni contenute nel presente modello MFS 01/2017
e della normativa aziendale in materia di privacy

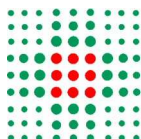
SI IMPEGNA

a consultare e ad accettare le disposizioni contenute nel Codice di Comportamento Aziendale,
conformando ad esse il proprio comportamento

Autorizza ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. l'uso ed il trattamento dei propri dati personali, che saranno trattati dall'Istituto Ortopedico Rizzoli per l'adempimento di ogni onere relativo all'organizzazione dell'attività formativa

Data (.....)

Firma (.....)



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA**

Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



Staff di Direzione Generale e di Direzione Scientifica

MODULO RICHIESTA

CARTELLINO RICONOSCIMENTO/CONTRASSEGNO PARCHEGGIO

il/la sottoscritto/a:

NOME: _____ **COGNOME:** _____

DATA E LUOGO DI NASCITA: _____

CODICE FISCALE: _____

RESIDENZA: VIA _____

CAP _____ **CITTA'** _____

DOMICILIO: VIA _____

CAP _____ **CITTA'** _____

RECAPITO TELEFONICO:

FISSO: _____ **CELLULARE:** _____

E-MAIL: _____ **FAX:** _____

per i dipendenti/borsisti/contrattisti/frequentatori:

QUALIFICA: _____

PRESSO: _____

MATRICOLA N.: _____

TITOLO ACCADEMICO (1): _____

SCADENZA: _____

(1) solo per il personale appartenente ai ruoli del personale laureato

per fornitori/informatori farmaceutici/operatori servizi, ecc.:

DITTA: _____

CHIEDE

rilascio **CARTELLINO IDENTIFICATIVO**

COLORE CARTELLINO:

GIALLO

VERDE

BLU

note: _____



FOTO

rilascio **CONTRASSEGNO PARCHEGGIO**

A tal fine dichiara:

- di impegnarsi a rispettare le norme di utilizzo delle aree autorizzate alla sosta presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli (di cui al documento consegnato)
- di impegnarsi ad esporre in modo **ben visibile** il contrassegno all'interno dell'auto
- di restituire il contrassegno al termine del rapporto di lavoro con l'Istituto Ortopedico Rizzoli

DATA _____ **FIRMA** _____