

**Regione Piemonte - Azienda Sanitaria Locale CN2 "Alba - Bra"**

**D e t e r m i n a z i o n e   D i r e t t o r i a l e**

NUMERO GENERALE	CODICE PROPOSTA				DATA
	BUDGET	ADOTT.	ANNO	PROGR.	
<b>1648</b>	000	DIA	10	0003	<b>11 NOVEMBRE 2010</b>

**O G G E T T O :**

**LAVORATORI EQUIPARATI. APPROVAZIONE PROCEDURA PER LAUREANDI, SPECIALIZZANDI, TIROCINANTI, STAGISTI SCUOLE SUPERIORI E VOLONTARI SINGOLI.**

**I L   D I R E T T O R E   A M M I N I S T R A T I V O**

In quanto Datore di Lavoro ai sensi dell'art. 28, u.c., dell'Atto Aziendale approvato con provvedimento n. 2239/100/DIG/08/0048 del 29 dicembre 2008;

Atteso che con D.Lgs. n. 81 del 9.04.2008 è stato approvato il testo unico, per il riassetto e la riforma delle norme vigenti in materia di salute e sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro, così come modificato dal D.Lgs. 106/09 e che ha abrogato il D.Lgs. 626/94 e s.m.i.;

Preso atto che all'art. 2 del citato decreto si definisce come "lavoratore" chiunque, indipendentemente dalla tipologia di contratto, svolga un'attività lavorativa nell'ambito dell'organizzazione di un Datore di Lavoro pubblico o privato, con o senza retribuzione, anche solo al fine di apprendere un mestiere, un'arte o una professione;

Atteso che alla luce di quanto sopra espresso, con atto determinativo n.711 del 23/04/2010 "Individuazione dei lavoratori equiparati ai sensi dell'art.2 comma 1 lettera a) del D.Lgs. 81/08 e s.m.i." si è provveduto ad individuare i lavoratori equiparati che operano presso l'Azienda;

Preso atto che, per puro errore materiale, nella citata delibera, gli studenti stagisti di scuole superiori sono stati annoverati tra i lavoratori NON equiparati ed è quindi necessario provvedere alla rettifica.

Rilevato che, secondo le impostazioni aziendali attuali, gli studenti stagisti di scuole superiori risultano essere lavoratori equiparati adibiti a mansioni in assenza di rischio.

Atteso che, il tirocinio formativo e di orientamento, ai sensi dell'art. 18, comma 1 lettera d) della legge n.196 del 1997, non costituisce rapporto di lavoro e pertanto non si applicano i disposti della legge n.977 del 17/10/1967 "*Tutela del lavoro dei bambini e degli adolescenti*".

Atteso infine, che il Servizio di Prevenzione e Protezione dopo aver svolto una dettagliata analisi della situazione per poter effettuare una nuova valutazione dei rischi su tutti i lavoratori equiparati e non, ai sensi del D.Lgs. 81/08 così come modificato dal D.Lgs. 106/09, ha rilevato le posizioni esistenti nel prospetto che segue:

*Segue determinazione n. 1648/000/DIA/10/0003 del 11 novembre 2010*

<b>Figura professionale</b>	<b>Lavoratore equiparato</b>	<b>NOTE</b>
Borsisti	SI	<i>Qualora abbia un contratto esclusivo con la nostra Azienda</i>
CO.CO.CO. e CO.CO.PRO	SI	<i>Se la prestazione lavorativa si svolge nei luoghi di lavoro del committente (art.3 comma 7 D.Lgs. 81/08 e s.m.i.)</i>
Laureandi Tirocinanti (Medici, IP, OSS, C.R.I., pre- esame di stato)	SI	<i>(art. 2 comma 1 lett. a) D.Lgs. 81/08 e s.m.i.)</i>
Lavoratori somministrati	SI	<i>(art.3 comma 5 D.Lgs. 81/08 e s.m.i.)</i>
Lavoratori socialmente utili	SI	<i>(art. 2 comma 1 lett. a) D.Lgs. 81/08 e s.m.i.)</i>
Servizio Emergenza territoriale (118)	SI	<i>(di cui alla determinazione n. 746 del 04/05/2009)</i>
Specializzandi	SI	<i>(come da convenzioni in atto)</i>
Volontari singoli	SI	<i>(art.2 comma 1 lett. a) D.Lgs. 81/08 e s.m.i.)</i>
Studenti stagisti di scuole superiori	SI	<i>(art.2 comma 1 lett. a) D.Lgs. 81/08 e s.m.i.).</i>  <i>N.B.: ai sensi dell'art. 18, comma 1 lettera d) della legge n.196 del 1997, il tirocinio formativo e di orientamento, non costituisce rapporto di lavoro e pertanto non si applicano i disposti della legge n.977 del 17/10/1967 "Tutela del lavoro dei bambini e degli adolescenti".</i>
LAVORATORI AUTONOMI: Consulenti Liberi professionisti Medici specialisti ambulatoriali (ex SUMAI)	NO	<i>Se rientrano nell'art. 2222 del codice civile si applicano le disposizioni di cui agli artt. 21 (disposizioni relative ai componenti di impresa familiare e ai lavoratori autonomi) e 26 (obblighi connessi ai contratti d'appalto o d'opera o di somministrazione) del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.</i>  <i>Il SPP provvede a trasmettere comunicazione ai sensi dell'art.26 comma 1 lett. b D.Lgs. 81/08 e s.m.i. (ex art. 7 D.Lgs. 626/94)</i>

*Segue determinazione n. 1648/000/DIA/10/0003 del 11 novembre 2010*

Associazioni di volontariato (legge n.266/91): ASAVA, VAR, AVAV, AVAC, AVO, CVA, ACAT, Alba contro il cancro, Lions Club Host di Bra, Clown di corsia, In Cerchio, Caritas, Centro Migrantes, Effatà, volontari consultorio, LILT, ecc.	NO	(art. 3 comma 12/bis del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.)  Il SPP provvede a trasmettere comunicazione ai sensi dell'art.26 comma 1 lett. b D.Lgs. 81/08 e s.m.i. (ex art. 7 D.Lgs. 626/94)
Croce Rossa Italiana (C.R.I.)	NO	Vengono visitati dal loro Medico Competente  Il SPP provvede a trasmettere comunicazione ai sensi dell'art.26 comma 1 lett. b D.Lgs. 81/08 e s.m.i. (ex art. 7 D.Lgs. 626/94)
Medici del Servizio di continuità assistenziale (guardia medica, guardia medica presso la casa circondariale e veterinari reperibili)	NO	Tenuto conto del parere dell'Avv. Spina e della sentenza di cassazione civile 10/06/2003 n.9247 sez.5, NON si rileva un rapporto di lavoro paragonabile al lavoro equiparato e pertanto vengono considerati come lavoratori autonomi. Ad ogni buon conto è stato inoltrata una interpellanza alla Regione e si è in attesa di risposta.

Preso atto che, per quanto riguarda il personale considerato equiparato ai sensi del citato art. 2, è necessario attivare tutte le procedure a tutela dei lavoratori come per i dipendenti dell'Azienda ossia:

- eseguire la valutazione dei rischi in funzione del gruppo omogeneo in cui il lavoratore equiparato è chiamato a prestare la propria opera
- dare comunicazione dell'esito della valutazione al Medico Competente, al Dirigente e al Preposto di competenza per attivare la dovuta formazione, la messa in atto dell'eventuale sorveglianza sanitaria, la consegna dei DPI ecc....

Alla luce di quanto sopra esposto è necessario prevedere una specifica procedura (così come avviene già da tempo per i Borsisti, CO.CO.CO., CO.CO.PRO, Lavoratori somministrati e socialmente utili) al fine di poter monitorare la presenza in Azienda e mettere in atto tutti gli obblighi previsti a carico del Datore di Lavoro per la sicurezza e salute sul luogo di lavoro per le seguenti tipologie di lavoratori equiparati:

- Laureandi
- Tirocinanti
- Specializzandi
- Stagisti Scuole Superiori
- Volontari singoli

Su proposta conforme del Responsabile della S.O.S. Prevenzione e Protezione che ne ha curato l'istruttoria (Ing. Ferruccio GAUDINO);

### D E T E R M I N A

- di prendere atto che per errore materiale, nella delibera n.711/000/DIA/10/0001 del 23/04/2010 "Individuazione dei lavoratori equiparati ai sensi dell'art.2 comma 1 lettera a) del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.", gli studenti stagisti di scuole superiori sono stati erroneamente annoverati tra i lavoratori NON equiparati, di approvare, conseguentemente, la sottostante tabella riportante gli elementi come descritti in precedenza e riprodotti in calce:

*Segue determinazione n. 1648/000/DIA/10/0003 del 11 novembre 2010*

<b>Figura professionale</b>	<b>Lavoratore equiparato</b>	<b>NOTE</b>
Borsisti	SI	<i>Qualora abbia un contratto esclusivo con la nostra Azienda</i>
CO.CO.CO. e CO.CO.PRO	SI	<i>Se la prestazione lavorativa si svolge nei luoghi di lavoro del committente (art.3 comma 7 D.Lgs. 81/08 e s.m.i.)</i>
Laureandi Tirocinanti (Medici, IP, OSS, C.R.I., pre- esame di stato)	SI	<i>(art. 2 comma 1 lett. a) D.Lgs. 81/08 e s.m.i.)</i>
Lavoratori somministrati	SI	<i>(art.3 comma 5 D.Lgs. 81/08 e s.m.i.)</i>
Lavoratori socialmente utili	SI	<i>(art. 2 comma 1 lett. a) D.Lgs. 81/08 e s.m.i.)</i>
Servizio Emergenza territoriale (118)	SI	<i>(di cui alla determinazione n. 746 del 04/05/2009)</i>
Specializzandi	SI	<i>(come da convenzioni in atto)</i>
Volontari singoli	SI	<i>(art.2 comma 1 lett. a) D.Lgs. 81/08 e s.m.i.)</i>
Studenti stagisti di scuole superiori	SI	<i>(art.2 comma 1 lett. a) D.Lgs. 81/08 e s.m.i.)</i>  <i>N.B.: ai sensi dell'art. 18, comma 1 lettera d) della legge n.196 del 1997, il tirocinio formativo e di orientamento, non costituisce rapporto di lavoro e pertanto non si applicano i disposti della legge n.977 del 17/10/1967 "Tutela del lavoro dei bambini e degli adolescenti".</i>
LAVORATORI AUTONOMI: Consulenti Liberi professionisti Medici specialisti ambulatoriali (ex SUMAI)	NO	<i>Se rientrano nell'art. 2222 del codice civile si applicano le disposizioni di cui agli artt. 21 (disposizioni relative ai componenti di impresa familiare e ai lavoratori autonomi) e 26 (obblighi connessi ai contratti d'appalto o d'opera o di somministrazione) del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.</i>  <i>Il SPP provvede a trasmettere comunicazione ai sensi dell'art.26 comma 1 lett. b D.Lgs. 81/08 e s.m.i. (ex art. 7 D.Lgs. 626/94)</i>

*Segue determinazione n. 1648/000/DIA/10/0003 del 11 novembre 2010*

Associazioni di volontariato (legge n.266/91): ASAVA, VAR, AVAV, AVAC, AVO, CVA, ACAT, Alba contro il cancro, Lions Club Host di Bra, Clown di corsia, In Cerchio, Caritas, Centro Migrantes, Effatà, volontari consultorio, LILT, ecc.	NO	(art. 3 comma 12/bis del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. Il SPP provvede a trasmettere comunicazione ai sensi dell'art.26 comma 1 lett. b D.Lgs. 81/08 e s.m.i. (ex art. 7 D.Lgs. 626/94)
Croce Rossa Italiana (C.R.I.)	NO	Vengono visitati dal loro Medico Competente Il SPP provvede a trasmettere comunicazione ai sensi dell'art.26 comma 1 lett. b D.Lgs. 81/08 e s.m.i. (ex art. 7 D.Lgs. 626/94)
Medici del Servizio di continuità assistenziale (guardia medica, guardia medica presso la casa circondariale e veterinari reperibili)	NO	Tenuto conto del parere dell'Avv. Spina e della sentenza di cassazione civile 10/06/2003 n.9247 sez.5, NON si rileva un rapporto di lavoro paragonabile al lavoro equiparato e pertanto vengono considerati come lavoratori autonomi. Ad ogni buon conto è stato inoltrata una interpellanza alla Regione e si è in attesa di risposta.

- di approvare la procedura, contenuta nell'ALLEGATO A quale parte sostanziale e integrante della presente determinazione, al fine di poter monitorare la presenza in Azienda e mettere in atto tutti gli obblighi previsti a carico del Datore di Lavoro per la sicurezza e salute sul luogo di lavoro per le seguenti tipologie di lavoratori equiparati:  
 Laureandi  
 Specializzandi  
 Tirocinanti  
 Stagisti Scuole Superiori  
 Volontari singoli
- di inviare la presente determinazione per competenza alla S.O.C. Affari Generali, che pertanto provvederà a trasmettere formalmente la presente documentazione a tutti i Responsabili di S.O.C., S.O.S. e S.S.D., come individuati con Determina Direttoriale n.1197/DIG/001/08/0008 del 30/06/2008 e successive modificazioni.

Letto, approvato e sottoscritto.

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

Gregorio BARBIERI  
 F.TO BARBIERI

Sottoscrizione del proponente:

**IL RESPONSABILE DELLA S.O.S.  
 PREVENZIONE E PROTEZIONE**

Ferruccio GAUDINO  
 F.TO GAUDINO

Archivio: I.3.3 – III.5.3  
 TR/lm

## **ALLEGATO A**

Per tutto il personale equiparato, ai sensi dell'art. 2 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i., è necessario adottare le stesse procedure, a tutela della salute e sicurezza dei lavoratori, messe in atto per i dipendenti dell'Azienda ossia:

- eseguire la valutazione dei rischi in funzione del gruppo omogeneo in cui il lavoratore equiparato è chiamato a prestare la propria opera
- dare comunicazione dell'esito della valutazione al Medico Competente, al Dirigente e al Preposto di competenza in modo da poter attivare la dovuta informazione/formazione, la messa in atto dell'eventuale sorveglianza sanitaria, la consegna dei DPI ecc....

Occorre quindi prendere in considerazione tutte le tipologie di lavoratori equiparati, che a vario titolo prestano la loro opera nella nostra Azienda e definire, per ognuna, la relativa procedura da seguire al fine di poter monitorare la loro presenza presso l'Azienda.

### **PROCEDURA 1)**

Da mettere in atto per le seguenti tipologie di lavoratori equiparati:

- *Borsisti*
- *CO.Co.Co.*
- *Co.Co.Pro*
- *Lavoratori somministrati*
- *Lavoratori socialmente utili*

- 1) la SOC Amministrazione del Personale predispone una determina aziendale nominativa specificando nome e cognome dell'interessato, qualifica, tempo di permanenza in Azienda, orario di lavoro, ecc. e dandone comunicazione a tutti i Servizi interessati prima dell'inizio dell'attività (e comunque con congruo anticipo).

L'Azienda attua, in tempi congrui, tutti gli obblighi previsti a carico del Datore di Lavoro, ai sensi del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. per la sicurezza e salute nei luoghi di lavoro e ai sensi del D.Lgs. 230/95 per la tutela dalle radiazioni ionizzanti, compresa la valutazione dei rischi, la formazione e l'informazione, la sorveglianza sanitaria ove necessaria e la fornitura di opportuni D.P.I.

Fatto salvo eventuale specifica valutazione dei rischi da effettuarsi in casi particolari, si considera che i rischi a cui il lavoratore equiparato è sottoposto siano identici a quelli del gruppo omogeneo in cui si trova ad operare.

Il soggetto quindi dovrà comportarsi adottando regole comportamentali identiche a quelle dei dipendenti e, in particolare, per quanto riguarda le problematiche afferenti alla sicurezza, dovrà rispettare quanto disposto dal Preposto e dai Dirigenti del gruppo omogeneo di appartenenza.

## **PROCEDURA 2)**

Da mettere in atto per le seguenti tipologie di lavoratori equiparati:

- *Laureandi*
- *Tirocinanti*
- *Specializzandi*

- 1) la SOC Amministrazione del Personale predispone una delibera di approvazione di specifica convenzione tra l'A.S.L. CN2 e l'Università che ne fa richiesta, in modo tale da poter ospitare presso le strutture aziendali gli allievi, di cui sopra, per lo svolgimento delle attività di tirocinio ai fini dell'acquisizione dell'esperienza pratico-applicativa, garantendo la possibilità di utilizzo delle necessarie strutture ed attrezzature logistiche, delle aule e degli ausili didattici ivi esistenti.
  
- 2) Al fine di poter monitorare la presenza dell'allievo presso l'azienda ospitante è indispensabile che lo stesso:
  - compili in ogni sua parte il **modulo di richiesta autorizzazione** di seguito riportato
  - lo sottoponga alla firma del Direttore della S.O.C. ospitante (per accettazione)
  - lo sottoponga alla firma del Direttore Sanitario di Presidio (*per le attività svolte presso i due nosocomi*)  
oppure  
del Direttore del Dipartimento (*per le attività svolte nei Servizi al di fuori dei due nosocomi*)  
(per autorizzazione)
  - trasmetta il modulo di richiesta autorizzazione, **necessariamente** prima dell'inizio dell'attività (e comunque con congruo anticipo), alla S.O.C. Amministrazione del Personale e al Servizio Prevenzione e Protezione che provvederà al rilascio del cartellino di riconoscimento.

L'Azienda attua tutti gli obblighi previsti a carico del Datore di Lavoro, ai sensi del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. per la sicurezza e salute nei luoghi di lavoro e ai sensi del D.Lgs. 230/95 per la tutela dalle radiazioni ionizzanti, compresa la valutazione dei rischi, la formazione e l'informazione, la sorveglianza sanitaria ove necessaria e la fornitura di opportuni D.P.I.

Fatto salvo eventuale specifica valutazione dei rischi da effettuarsi in casi particolari, si considera che i rischi a cui il lavoratore equiparato è sottoposto siano identici a quelli del gruppo omogeneo in cui si trova ad operare.

Il soggetto quindi dovrà comportarsi adottando regole comportamentali identiche a quelle dei dipendenti e, in particolare, per quanto riguarda le problematiche afferenti alla sicurezza, dovrà rispettare quanto disposto dal Preposto e dai Dirigenti del gruppo omogeneo di appartenenza.

**MODULO PER: LAUREANDI, TIROCINANTI E SPECIALIZZANDI**



**A.S.L. CN2**

*Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra*

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)  
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480  
e-mail: [aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it) – [www.aslcn2.it](http://www.aslcn2.it)

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

**S.O.S. Servizio Prevenzione e Protezione**

Responsabile GAUDINO Ferruccio  
Via Vida n. 10 – 12051 ALBA (CN)  
☎ 0173-316294-542 - Fax 0173-316262

**c.a. Direttore del Personale**  
Dott. CANE Franco

**Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione**  
Ing. GAUDINO Ferruccio

PROTOCOLLO				
reg_aslCN2				
REGISTRO A.O.	DATA	NUMERO	TIPO	
Classificazione				
generale			procedimentale	
Risposta a nota n. _____ del _____				

**OGGETTO: Richiesta di autorizzazione per lavoratore equiparato  
(ai sensi dell'art.2, comma 1, lettera a del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.)**

(ai fini dell'accoglimento della presente richiesta è indispensabile la compilazione di tutti i campi di seguito riportati)

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_ ) il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_ ) Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cod.Fisc./P.IVA \_\_\_\_\_

titolo di studio (allegare fotocopia) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter frequentare la S.O.C./Servizio di \_\_\_\_\_ diretta dal

Dott. \_\_\_\_\_ per il periodo dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_







**A.S.L. CN2**

Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)  
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480  
e-mail: [aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it) – [www.aslcn2.it](http://www.aslcn2.it)

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ in qualità di (barrare la casella  
corrispondente):

- Laureando/a
- Tirocinante
- Specializzando/a

per svolgere la seguente attività \_\_\_\_\_

---

---

Il/la sottoscritto/a dichiara :

- che non avrà mai a pretendere retribuzione, indennità o compenso di sorta, da parte dell'A.S.L. in quanto la propria prestazione avviene a titolo gratuito;
- di rispettare il dovere di riservatezza riguardo qualsiasi informazione relativa all'attività Aziendale o notizie inerenti all'Azienda, conosciute durante il proprio periodo di attività;
- di rispettare la privacy dei pazienti e di impegnarsi a non divulgare qualsiasi informazione eventualmente acquisita inerente lo stato di salute dei medesimi;
- di rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza sul luogo di lavoro, di sicurezza antincendio e sicurezza elettrica;
- di impegnarsi a tenere un comportamento ispirato ai principi di correttezza verso il personale dell'A.S.L., verso i terzi e soprattutto verso i pazienti, pena l'immediata revoca dell'autorizzazione alla frequenza e fatte salve eventuali responsabilità direttamente connesse e conseguenti a tale comportamento;

*Segue determinazione n. 1648/000/DIA/10/0003 del 11 novembre 2010*



**A.S.L. CN2**  
Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)  
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480  
e-mail: [aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it) – [www.aslcn2.it](http://www.aslcn2.it)

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

- di impegnarsi ad indossare, durante le ore di frequenza, idoneo abbigliamento e, ove necessario, camice e calzature sanitarie, oltre allo specifico cartellino di riconoscimento fornito dal Servizio Prevenzione e Protezione e gli eventuali Dispositivi di Protezione Individuale consegnati.

FIRMA del richiedente

\_\_\_\_\_

VISTO per accettazione:

IL DIRETTORE S.O.C. OSPITANTE

\_\_\_\_\_

VISTO si autorizza:

IL DIRETTORE SANITARIO DI PRESIDIO / DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

\_\_\_\_\_

**N.B.: il presente documento, debitamente compilato e firmato dal richiedente, firmato in segno di accettazione dal Direttore della S.O.C. a cui il richiedente chiede di afferire e controfirmato, in segno di autorizzazione, dal Direttore Sanitario di Presidio ospedaliero (o dal Direttore di Dipartimento per i lavoratori equiparati che non operano presso i due nosocomi) deve essere restituito alla SOC Amministrazione del Personale e al Servizio Prevenzione e Protezione**

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO (ai sensi del D.Lgs. 196/03 e s.m.i.)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ autorizza e acconsente che i dati indicati nella presente richiesta possano essere utilizzati e conservati agli atti per i fini istituzionali propri dell'A.S.L. CN2.

In fede \_\_\_\_\_ (il richiedente)



[www.regione.piemonte.it/sanita](http://www.regione.piemonte.it/sanita)



Sistema Sanitario Regionale del Piemonte

**PROCEDURA 3)**

Da mettere in atto per la seguente tipologia di lavoratori equiparati:

- *Stagisti di Scuole Superiori*

- 1) la SOC Amministrazione del Personale predispone la delibera di approvazione di convenzione di tirocinio, formazione ed orientamento tra l'A.S.L. CN 2 e gli Istituti di Scuole Superiori che ne fanno richiesta, al fine di agevolare le scelte professionali degli studenti mediante la conoscenza diretta del mondo del lavoro e di realizzare momenti di alternanza tra studio e lavoro nell'ambito dei processi formativi.
- 2) Secondo le attuali disposizioni aziendali:
  - a) vengono accettati tutti gli stagisti anche se minorenni
  - b) la presenza degli stagisti è ammessa in tutte le attività di tipo tecnico-amministrativo, verranno adibiti a mansioni in assenza di rischio e saranno affiancati da un referente aziendale oltre al referente scolastico.
  - c) gli studenti non potranno svolgere attività né accedere presso i reparti ospedalieri, la SOC Radiologia, le Sale Operatorie la SOC Anatomia Patologica, il DEA e il Pronto Soccorso
  - d) il tirocinio formativo e di orientamento, ai sensi dell'art. 18, comma 1 lettera d) della legge n.196 del 1997, non costituisce rapporto di lavoro e pertanto non si applicano i disposti della legge n. 977 del 17/10/1967 "*Tutela del lavoro dei bambini e degli adolescenti*".
- 3) Al fine di poter monitorare la presenza dell'allievo presso l'azienda ospitante è indispensabile che lo stesso:
  - compili in ogni sua parte il **modulo di richiesta autorizzazione** di seguito riportato
  - lo sottoponga alla firma del Direttore della S.O.C. ospitante (per accettazione)
  - lo sottoponga alla firma del Direttore Sanitario di Presidio (*per le attività svolte presso i due nosocomi*)  
oppure  
del Direttore del Dipartimento (*per le attività svolte nei Servizi al di fuori dei due nosocomi*)  
(per autorizzazione)
  - trasmetta il modulo di richiesta autorizzazione, **necessariamente** prima dell'inizio dell'attività (e comunque con congruo anticipo), alla S.O.C. Amministrazione del Personale e al Servizio Prevenzione e Protezione che provvederà al rilascio del cartellino di riconoscimento.

Tenuto conto che gli studenti vengono adibiti a mansioni in assenza di rischio, si ritiene sufficiente effettuare una adeguata informazione ai sensi del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. mediante un idoneo opuscolo informativo in corso di progettazione.

**MODULO PER: STAGISTI SCUOLE SUPERIORI**



**A.S.L. CN2**

Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Via Vida, 10 - 12051 ALBA (CN)  
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480  
e-mail: [aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it) - [www.aslcn2.it](http://www.aslcn2.it)

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

**S.O.S. Servizio Prevenzione e Protezione**

Responsabile GAUDINO Ferruccio  
Via Vida n. 10 - 12051 ALBA (CN)  
☎ 0173-316294-542 - Fax 0173-316262

PROTOCOLLO			
reg_aslCN2			
REGISTRO A.O.	DATA	NUMERO	TIPO
Classificazione			
generale		procedimentale	
Risposta a nota n.		del	

**c.a. Direttore del Personale**  
Dott. CANE Franco

**Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione**  
Ing. GAUDINO Ferruccio

**OGGETTO: Richiesta di autorizzazione per lavoratore equiparato  
(ai sensi dell'art.2, comma 1, lettera a del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.)**

(ai fini dell'accoglimento della presente richiesta è indispensabile la compilazione di tutti i campi di seguito riportati)

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_ ) il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_ ) Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cod.Fisc./P.IVA \_\_\_\_\_

titolo di studio (allegare fotocopia) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter frequentare la S.O.C./Servizio di \_\_\_\_\_ diretta dal

Dott. \_\_\_\_\_ per il periodo dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ in qualità di **STAGISTA DI SCUOLA**

*Segue determinazione n. 1648/000/DIA/10/0003 del 11 novembre 2010*



**A.S.L. CN2**  
Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)  
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480  
e-mail: [aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it) – [www.aslcn2.it](http://www.aslcn2.it)

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

**SUPERIORE** per svolgere la seguente attività \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara :

- di rispettare il dovere di riservatezza riguardo qualsiasi informazione relativa all'attività Aziendale o notizie inerenti all'Azienda, conosciute durante il proprio periodo di attività;
- di rispettare la privacy dei pazienti e di impegnarsi a non divulgare qualsiasi informazione eventualmente acquisita inerente lo stato di salute dei medesimi;
- di rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza sul luogo di lavoro, di sicurezza antincendio e sicurezza elettrica;
- di impegnarsi a tenere un comportamento ispirato ai principi di correttezza verso il personale dell'A.S.L., verso i terzi e soprattutto verso i pazienti, pena l'immediata revoca dell'autorizzazione alla frequenza e fatte salve eventuali responsabilità direttamente connesse e conseguenti a tale comportamento;
- di seguire le indicazioni del referente aziendale Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ e fare riferimento ad esso per qualsiasi esigenza
- di impegnarsi ad indossare specifico cartellino di riconoscimento fornito dal Servizio Prevenzione e Protezione.

FIRMA del richiedente

\_\_\_\_\_

VISTO per accettazione:

IL DIRETTORE S.O.C. OSPITANTE

\_\_\_\_\_

VISTO si autorizza:

IL DIRETTORE SANITARIO DI PRESIDIO / DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

\_\_\_\_\_



*Segue determinazione n. 1648/000/DIA/10/0003 del 11 novembre 2010*



**A.S.L. CN2**

*Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra*

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)  
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480  
e-mail: [aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it) – [www.aslcn2.it](http://www.aslcn2.it)

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

**N.B.:** il presente documento, debitamente compilato e firmato dal richiedente, firmato in segno di accettazione dal Direttore della S.O.C. a cui il richiedente chiede di afferire e controfirmato, in segno di autorizzazione, dal Direttore Sanitario di Presidio ospedaliero (o dal Direttore di Dipartimento per i lavoratori equiparati che non operano presso i due nosocomi) deve essere restituito alla SOC Amministrazione del Personale e al Servizio Prevenzione e Protezione

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO (ai sensi del D.Lgs. 196/03 e s.m.i.)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ autorizza e acconsente che i dati indicati nella presente richiesta possano essere utilizzati e conservati agli atti per i fini istituzionali propri dell'A.S.L. CN2.

In fede \_\_\_\_\_ (il richiedente)

Segue determinazione n. 1648/000/DIA/10/0003 del 11 novembre 2010

**PROCEDURA 4)**

Da mettere in atto per la seguente tipologia di lavoratori equiparati:

*- volontari singoli*

- 1) Al fine di poter monitorare la presenza del volontario singolo presso l'azienda ospitante è stato predisposto uno specifico **modulo di richiesta autorizzazione** (di seguito riportato).
- 2) Il modulo deve essere:
  - a) compilato in ogni sua parte,
  - b) firmato dall'interessato e dal Direttore della S.O.C. ospitante per accettazione
  - c) controfirmato per autorizzazione dal Direttore Sanitario di Presidio (*per le attività svolte presso i due nosocomi*)  
oppure  
dal Direttore del Dipartimento (*per le attività svolte nei Servizi al di fuori dei due nosocomi*)
- 3) Il modulo di richiesta autorizzazione deve essere trasmesso, **necessariamente** prima dell'inizio dell'attività (e comunque con congruo anticipo) alla S.O.C. Amministrazione del Personale e al Servizio Prevenzione e Protezione che provvederà al rilascio del cartellino di riconoscimento.

In questo modo l'Azienda è in grado di attuare tutti gli obblighi previsti a carico del Datore di Lavoro, ai sensi dell'art.2 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. per la sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, e ai sensi del D.Lgs. 230/95 per la tutela dalle radiazioni ionizzanti, compresa la valutazione dei rischi, la formazione e l'informazione, la sorveglianza sanitaria ove necessaria e la fornitura di opportuni D.P.I.

Fatto salvo eventuale specifica valutazione dei rischi da effettuarsi in casi particolari, si dà per scontato che i rischi a cui il lavoratore equiparato è sottoposto siano identici a quelli del gruppo omogeneo in cui si trova ad operare.

Il soggetto quindi dovrà comportarsi adottando regole comportamentali identiche a quelle dei dipendenti e, in particolare, per quanto riguarda le problematiche afferenti alla sicurezza, dovrà rispettare quanto disposto dal Preposto e dai Dirigenti del gruppo omogeneo di appartenenza.

*Segue determinazione n. 1648/000/DIA/10/0003 del 11 novembre 2010*

**MODULO PER: VOLONTARI SINGOLI**



**A.S.L. CN2**

Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Via Vida, 10 - 12051 ALBA (CN)  
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480  
e-mail: [aslc2@legalmail.it](mailto:aslc2@legalmail.it) - [www.aslc2.it](http://www.aslc2.it)

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

**S.O.S. Servizio Prevenzione e Protezione**

Responsabile GAUDINO Ferruccio  
Via Vida n. 10 - 12051 ALBA (CN)  
☎ 0173-316294-542 - Fax 0173-316262

<b>PROTOCOLLO</b>			
reg_aslCN2			
<small>REGISTRO A.O.</small>	<small>DATA</small>	<small>NUMERO</small>	<small>TIPO</small>
Classificazione			
<i>generale</i>		<i>procedimentale</i>	
Risposta a nota n.		del	

**c.a. Direttore del Personale**  
Dott. CANE Franco

**Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione**  
Ing. GAUDINO Ferruccio

**OGGETTO: Richiesta di autorizzazione per lavoratore equiparato  
(ai sensi dell'art.2, comma 1, lettera a del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.)**

(ai fini dell'accoglimento della presente richiesta è indispensabile la compilazione di tutti i campi di seguito riportati)

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_ ) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_ ) Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cod.Fisc./P.IVA \_\_\_\_\_

titolo di studio (allegare fotocopia) \_\_\_\_\_

**eventuale assicurazione RC verso terzi e polizza infortuni (di cui si allega documentazione)**

**CHIEDE**

di poter frequentare la S.O.C./Servizio di \_\_\_\_\_ diretta dal

Dott. \_\_\_\_\_ per il periodo dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ in qualità di **VOLONTARIO**



[www.regione.piemonte.it/sanita](http://www.regione.piemonte.it/sanita)



**Non c'è cura  
senza cuore**  
Sistema Sanitario Regionale del Piemonte



*Segue determinazione n. 1648/000/DIA/10/0003 del 11 novembre 2010*



**A.S.L. CN2**

Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)  
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480  
e-mail: [aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it) – [www.aslcn2.it](http://www.aslcn2.it)

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

**SINGOLO** per svolgere la seguente attività \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara :

- che non avrà mai a pretendere retribuzione, indennità o compenso di sorta, da parte dell'A.S.L. in quanto la propria prestazione avviene a titolo gratuito;
- di rispettare il dovere di riservatezza riguardo qualsiasi informazione relativa all'attività Aziendale o notizie inerenti all'Azienda, conosciute durante il proprio periodo di attività;
- di rispettare la privacy dei pazienti e di impegnarsi a non divulgare qualsiasi informazione eventualmente acquisita inerente lo stato di salute dei medesimi;
- di rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza sul luogo di lavoro, di sicurezza antincendio e sicurezza elettrica;
- di impegnarsi a tenere un comportamento ispirato ai principi di correttezza verso il personale dell'A.S.L., verso i terzi e soprattutto verso i pazienti, pena l'immediata revoca dell'autorizzazione alla frequenza e fatte salve eventuali responsabilità direttamente connesse e conseguenti a tale comportamento;
- di impegnarsi ad indossare, durante le ore di frequenza, idoneo abbigliamento e, ove necessario, camice e calzature sanitarie, oltre allo specifico cartellino di riconoscimento fornito dal Servizio Prevenzione e Protezione e gli eventuali Dispositivi di Protezione Individuale consegnati.
- di esonerare l'amministrazione dell' A.S.L. CN2 da qualsiasi responsabilità per infortuni o danni derivanti dalle sue prestazioni in qualità di volontario

FIRMA del richiedente

\_\_\_\_\_

VISTO per accettazione:

IL DIRETTORE S.O.C. OSPITANTE

\_\_\_\_\_

VISTO si autorizza:

IL DIRETTORE SANITARIO DI PRESIDIO / DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

\_\_\_\_\_

*Segue determinazione n. 1648/000/DIA/10/0003 del 11 novembre 2010*



**A.S.L. CN2**  
Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)  
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480  
e-mail: [aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it) – [www.aslcn2.it](http://www.aslcn2.it)

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

**N.B.: il presente documento, debitamente compilato e firmato dal richiedente, firmato in segno di accettazione dal Direttore della S.O.C. a cui il richiedente chiede di afferire e controfirmato, in segno di autorizzazione, dal Direttore Sanitario di Presidio ospedaliero (o dal Direttore di Dipartimento per i lavoratori equiparati che non operano presso i due nosocomi) deve essere restituito alla SOC Amministrazione del Personale e al Servizio Prevenzione e Protezione**

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO (ai sensi del D.Lgs. 196/03 e s.m.i.)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ autorizza e acconsente che i dati indicati nella presente richiesta possano essere utilizzati e conservati agli atti per i fini istituzionali propri dell'A.S.L. CN2.

In fede \_\_\_\_\_ (il richiedente)

*Segue determinazione n. 1648/000/DIA/10/0003 del 11 novembre 2010*

<p>Invio al controllo della <b>Giunta della Regione</b>, ex art. 2, c. 1, L.R. 30 giugno 1992, n. 31                  prot. n. _____ del _____,                  ricevuta dalla Regione in data _____</p> <p>Richiesta chiarimenti da parte della Regione                  prot. n. _____ del _____</p> <p>Risposta chiarimenti da parte della Regione con nota                  prot. n. _____ del _____,                  ricevuta dalla Regione in data _____</p> <p>Provvedimento conclusivo del procedimento                  n. _____ del _____</p> <p><input type="checkbox"/> declaratorio di nullità o decadenza  <input type="checkbox"/> di annullamento o non approvazione  <input type="checkbox"/> di approvazione</p>	<p>Invio al <b>Collegio Sindacale</b>                  Prot. n. _____ del _____</p> <p>Invio alla <b>Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci:</b>                  Prot. n. _____ del _____</p> <p><b>CERTIFICATO DI REGISTRAZIONE CONTABILE</b>                  Si dichiara l'avvenuta registrazione contabile da parte della S.O.C. Gestione Economico-Finanziaria Alba, li _____  <b>IL FUNZIONARIO INCARICATO</b>                  _____</p> <p><b>CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE</b>                  Si certifica che la presente determinazione è stata posta in pubblicazione presso l'Albo dell'A.S.L. CN2, il _____ per quindici giorni consecutivi  <b>IL FUNZIONARIO INCARICATO</b>                  S.O.C. AFFARI GENERALI                  Silvia BARACCO                  F.TO BARACCO</p>		
<p align="center"><b>CERTIFICATO DI ESECUTIVITA'</b></p> <table border="0"> <tr> <td data-bbox="145 1077 794 1368"> <p>Provvedimenti soggetti al controllo della Giunta della Regione</p> <p>Si certifica che la presente determinazione è divenuta esecutiva il _____</p> <p><input type="checkbox"/> per decorrenza dei termini  <input type="checkbox"/> per approvazione da parte della Giunta della Regione</p> </td> <td data-bbox="801 1077 1449 1368"> <p>Provvedimenti <b>non</b> soggetti al Controllo della Giunta della Regione</p> <p>Si certifica che la presente determinazione è divenuta esecutiva il _____</p> <p><input type="checkbox"/> essendo immediatamente eseguibile  <input type="checkbox"/> essendo trascorsi dieci giorni dalla pubblicazione (art. 3, L.R. 30/06/92, n. 31)</p> </td> </tr> </table> <p align="center"><b>IL FUNZIONARIO INCARICATO</b>                  S.O.C. AFFARI GENERALI                  Silvia BARACCO                  F.TO BARACCO</p>		<p>Provvedimenti soggetti al controllo della Giunta della Regione</p> <p>Si certifica che la presente determinazione è divenuta esecutiva il _____</p> <p><input type="checkbox"/> per decorrenza dei termini  <input type="checkbox"/> per approvazione da parte della Giunta della Regione</p>	<p>Provvedimenti <b>non</b> soggetti al Controllo della Giunta della Regione</p> <p>Si certifica che la presente determinazione è divenuta esecutiva il _____</p> <p><input type="checkbox"/> essendo immediatamente eseguibile  <input type="checkbox"/> essendo trascorsi dieci giorni dalla pubblicazione (art. 3, L.R. 30/06/92, n. 31)</p>
<p>Provvedimenti soggetti al controllo della Giunta della Regione</p> <p>Si certifica che la presente determinazione è divenuta esecutiva il _____</p> <p><input type="checkbox"/> per decorrenza dei termini  <input type="checkbox"/> per approvazione da parte della Giunta della Regione</p>	<p>Provvedimenti <b>non</b> soggetti al Controllo della Giunta della Regione</p> <p>Si certifica che la presente determinazione è divenuta esecutiva il _____</p> <p><input type="checkbox"/> essendo immediatamente eseguibile  <input type="checkbox"/> essendo trascorsi dieci giorni dalla pubblicazione (art. 3, L.R. 30/06/92, n. 31)</p>		