

**LOGO ENTE ORGANIZZATORE**

**Corso di qualifica in Assistente di Studio Odontoiatrico**

**Decreto Interassessoriale**

n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**Autorizzazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_**

**LIBRETTO DI TIROCINIO**

**Tirocinante** \_\_\_\_\_

**Estremi assicurazione** \_\_\_\_\_

**Memorandum**

Elenco delle principali attività previste per l'Assistente di Studio Odontoiatrico di cui all'Allegato 1 dell'Accordo Stato Regioni del Rep. atti n. 209/CSR del 23 novembre 2017	
PROCESSO DI LAVORO - ATTIVITA'	Obiettivi di tirocinio per area di competenza
<p>A - Accoglienza persona assistita</p> <p>ATTIVITA'</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accoglie la persona assistita nello studio</li> <li>• Raccoglie i dati anagrafici e personali al fine di completare il documento contenente l'anamnesi della persona assistita</li> <li>• Assiste la persona prima, durante e dopo i trattamenti</li> <li>• Cura i rapporti con i professionisti e gli altri operatori dello studio</li> <li>• Cura i rapporti con i consulenti e i collaboratori esterni</li> </ul>	<p>Saper interagire con le persone assistite, i membri dell'equipe professionale, i fornitori e i collaboratori esterni</p>
<p>B - Allestimento spazi e strumentazioni di trattamento odontoiatrico</p> <p>ATTIVITA'</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sanifica e sanitizza i diversi ambienti di lavoro</li> <li>• Prepara l'area dell'intervento clinico, la decontamina, la disinfetta e la riordina</li> <li>• Decontamina, disinfetta, pulisce e sterilizza gli strumenti e le attrezzature</li> <li>• Esegue il controllo delle scadenze e lo stoccaggio dei farmaci</li> <li>• Esegue il controllo e lo stoccaggio dei materiali dentali, dello strumentario e delle attrezzature</li> <li>• Raccoglie ed esegue lo stoccaggio e lo smaltimento dei rifiuti sanitari differenziati</li> </ul>	<p>Saper allestire spazi e strumentazioni di trattamento odontoiatrico secondo protocolli e procedure standard</p>

<p>C - Assistenza all'odontoiatra</p> <p>ATTIVITA'</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Assiste l'odontoiatra nelle attività proprie dell'odontoiatra</li><li>• Supporta l'odontoiatra nell'organizzazione dei soccorsi per le emergenze</li><li>• Supporta l'odontoiatra nelle manovre di primo soccorso</li><li>• Aiuta la persona assistita ad affrontare eventuali disagi durante l'intervento</li></ul>	<p>Essere in grado di supportare l'odontoiatra nella gestione di attività routinarie e di soccorso</p>
<p>D - Trattamento documentazione clinica e amministrativo contabile</p> <p>ATTIVITA'</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Gestisce le procedure amministrative di accoglienza e dimissione della persona assistita</li><li>• Gestisce le prenotazioni e il calendario degli appuntamenti</li><li>• Gestisce lo schedario delle persone assistite</li><li>• Gestisce la documentazione clinica e il materiale radiografico e iconografico delle persone assistite</li><li>• Gestisce i rapporti con i fornitori, gli agenti di commercio, gli informatori scientifici, i consulenti e i collaboratori esterni</li><li>• Gestisce il magazzino e la cassa</li></ul>	<p>Essere in grado di gestire le procedure amministrative e la documentazione clinica e amministrativo contabile</p>

Allegato E al DA 1649 del 30.07.2019

Sede di Tirocinio	
N. ore tirocinio da svolgere	100 modulo di base
Tutor	

Data	Orario di ingresso	Orario di Uscita	n. ore svolte	Attività Svolte	Firma del tutor
Totale ore di tirocinio svolte					

Valutazione finale a cura del tutor (si raccomanda di esprimere un giudizio sintetico sulle competenze acquisite dal tirocinante durante le attività di tirocinio ed di segnalare eventuali aree di miglioramento)

DATA	TIMBRO della struttura sede di Tirocinio	FIRMA del tutor
------	--	-----------------

Allegato E al DA 1649 del 30.07.2019

Sede di Tirocinio	
N. ore tirocinio da svolgere	300 modulo professionalizzante
Tutor	

Data	Orario di ingresso	Orario di Uscita	n. ore svolte	Attività Svolte	Firma del tutor

--	--	--	--	--	--

Valutazione finale a cura del tutor (si raccomanda di esprimere un giudizio sintetico sulla competenze acquisite dal tirocinante durante le attività di tirocinio ed di segnalare eventuali aree di miglioramento)


DATA	TIMBRO della struttura sede di Tirocinio	FIRMA del tutor
------	--	-----------------

Validazione del Direttore del Corso FIRMA

(Il Direttore del Corso a conclusione del percorso di tirocinio, valida la regolarità di svolgimento dello stesso con particolare riferimento alle ore e alle attività svolte.)

Allegato E al DA 1649 del 30.07.2019