

 ASLSassari Azienda socio-sanitaria locale	Modalità di Inserimento del personale delle professioni sanitarie e socio-sanitarie Neoassunto/Neoassegnato nelle Strutture Sanitarie della ASL di Sassari	DAPSS S.S.D. Governo dei Processi
	S.C. PIANIFICAZIONE STRATEGICA, ORGANIZZAZIONE AZIENDALE E GOVERNANCE	Data: 26/05/2026 Revisione 0

ALLEGATO 4 – SCHEDA TUTOR: Valutazione IFO di Struttura

Dati anagrafici e professionali tutor:

Nome e Cognome: _____

Profilo professionale: _____

Struttura/Servizio di assegnazione: _____

E-mail aziendale: _____

Telefono (lavorativo): _____

Esperienza professionale

Compilare i seguenti campi:

Anno di prima assunzione nel SSR: _____

Totale anni di servizio maturati (min. 3 anni): _____

Anzianità di servizio nella U.O.attuale _____

Competenze del tutor. Barrare le competenze.

	Competenza		Descrizione
	Comunicazione efficace		Ascolto attivo, chiarezza espositiva, <u>feedback costruttivo</u>
	Capacità organizzativa		Pianificazione e monitoraggio di un percorso formativo
	Leadership educativa		Essere punto di riferimento, trasmettere motivazione e valori
	Collaborazione interprofessionale		Promuovere l'integrazione tra professionisti diversi
	Capacità valutativa		Osservazione diretta, utilizzo di strumenti strutturati di valutazione.
	Problem solving		Prontezza nella risposta e nella soluzione di situazioni impreviste

Esperienza pregressa come tutor o formatore (es. in tirocini, corsi aziendali, affiancamenti)

☐ SI

☐ NO

Competenze tecniche specifiche per il profilo da affiancare:

☐ SI

☐ NO

Conoscenza di protocolli e procedure dell'Unità Operativa/Servizio

☐ SI

☐ NO

 ASL Sassari Azienda socio-sanitaria locale	Modalità di Inserimento del personale delle professioni sanitarie e socio-sanitarie Neoassunto/Neoassegnato nelle Strutture Sanitarie della ASL di Sassari	DAPSS S.S.D. Governo dei Processi
	S.C. PIANIFICAZIONE STRATEGICA, ORGANIZZAZIONE AZIENDALE E GOVERNANCE	Data: 26/05/2026 Revisione 0

1. Disponibilità e preferenze

- ☐ Disponibilità generale a ricoprire il ruolo di tutor
- ☐ Preferenza per affiancamento di profili specifici (es. infermieri, OSS, ostetriche)
- ☐ Eventuali limitazioni (es. solo turni mattutini, esclusione dei fine settimana, ecc.)

2. Osservazioni/note:

Data: ____/____/____

Firma IFO di Struttura

3. Dichiarazione finale a cura del tutor individuato

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara la propria disponibilità, su base volontaria, a svolgere la funzione di **tutor** nell'ambito delle attività previste dal Dipartimento delle Professioni Sanitarie, secondo le linee di indirizzo aziendali vigenti.

Data: ____/____/____

Firma Tutor

Il sottoscritto in merito al trattamento dei dati personali esprime il proprio consenso al trattamento degli stessi nel rispetto delle finalità e modalità di cui al d.lgs. n. 196/2003

Data: ____/____/____

Firma Tutor
