



Università di Catania  
*Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Tecnologie Avanzate "G.F. Ingrassia"*  
**Scuola di Specializzazione in Otorinolaringoiatria**  
Direttore Prof. Salvatore Cocuzza

Catania, 30/01/2026

Al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Paolo Giaccone di Palermo

**Oggetto: RICHIESTA FREQUENZA PERIODO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE EXTRA RETE DOTT.SILVIA INGRIA**

Si attesta che La Dott.ssa Silvia Ingrìa , medico specializzando, è regolarmente iscritta al II anno della Scuola di Specializzazione in Otorinolaringoiatria dell'Università degli studi di Catania e presta servizio presso l'U.O.C. di Otorinolaringoiatria del Presidio Ospedaliero Policlinico "G. Rodolico" dell'A.O.U. "Policlinico G. Rodolico-San Marco" di Catania.

In considerazione della vostra esperienza e nell'ottica della crescita professionale e umana del medico specializzando, al fine di incrementare e approfondire le sue conoscenze specialistiche nell'ambito della diagnosi e trattamento delle patologie rinosinusalì ed otologiche

**SI CHIEDE**

di voler autorizzare la Dott.ssa Silvia Ingrìa alla frequenza della vostra U.O.C. di Otorinolaringoiatria per un periodo di 12 mesi a partire dal 4 MAGGIO 2026

Il Direttore

A.O.U. "Policlinico G. Rodolico-San Marco"  
P.O. "G. Rodolico" - Catania  
U.O. OTORINOLARINGOIATRIA  
Prof. COCUZZA SALVATORE  
Cod. Iscrizione Ordine CT 11652

ALLEGATO A)



UNIVERSITÀ  
degli STUDI  
di CATANIA

### PROGETTO FORMATIVO INDIVIDUALE

Da effettuarsi presso: A.O.U.P. "Paolo Giaccone" - Reparto ORI.

**Nominativo dello specializzando/tirocinante:** Silvia Ingrid  
**Nato a** Palermo il 31/10/1997  
**Residente in** Palermo Prov. PA Lungomare Cristoforo Colombo 3518  
**Cap** 90149  
**Codice Fiscale** NGRSLV97R71G273P  
**Telefono** 3889322295 e-mail (in stampatello): SILVIAINGRIA97@GMAIL.COM

**Attuale condizione:**

**Laurea in** Medicina e Chirurgia iscritto al II Anno di corso della Scuola di Specializzazione in Otorinolaringoiatria  
**Area medica**  **Area non medica** presso l'Università degli Studi di Catania  
**Soggetto ospitante** A.O.U.P. "Paolo Giaccone" - Reparto ORI  
**Indirizzo** via del Vespro n129 - Tel 09123897207  
**Pec:** dipartimento.blnd@cert.unipa.it  
**Ufficio/ per le convenzioni** extrarete: Dott.ssa Patrizia Cordaro  
**E-mail(stampatello):** PATRIZIA.CORDARO@UNIPA.IT  
**Sede/ri del tirocinio:** A.O.U.P. "Paolo Giaccone" - Reparto ORI  
**Orario di svolgimento del tirocinio** dalle ore 08:00 alle ore 14:30  
**Ore settimanali previste** 38 (max 38 ore)  
**Tempi di accessi ai locali aziendali (indicare i giorni)** LUN-VEN Periodo di tirocinio n. mesi 12  
dal 04/05/2026 al 30/04/2027 (la durata del tirocinio non può superare 18 mesi)

**Tutor universitario (SEDE DI PROVENIENZA)** Prof. Salvatore Cocuzza.  
**Tutor aziendale (nome, cognome, qualifica) (SOGGETTO OSPITANTE)** Prof. Salvatore Gallina  
**Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (SEDE DI PROVENIENZA)** Prof. Nunzio Salerno.  
**Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione SEDE OSPITANTE)** Ing. Terracchio Andrea  
**Medico competente (SEDE DI PROVENIENZA)** Prof. Venerando Rapisarda  
**Medico competente (SEDE OSPITANTE):** Dott.ssa Annalisa Priolo

**Polizze assicurative**

**Tipologia di Responsabilità:** Colpa Grave  
**polizza** LLOYD'S INSURANCE COMPANY S.A. n. GKNPXUP10D114111A-LB con scadenza 24/10/2026  
**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):**  
Diagnosi e trattamento delle patologie rinosinusalì ed otologiche; attività di ricerca sulle tecniche di impianto cocleare.
- **Piano delle attività formative del periodo di formazione (a cura della scuola di specializzazione):**  
Partecipazione alle attività di ricerca scientifica medica, alle attività assistenziali ambulatoriali e chirurgiche vincolata alle direttive del tutor.
- **Sede e denominazione della Unità organizzativa o struttura assimilata (a cura della struttura ospitante):**  
A.O.U.P. "Paolo Giaccone" - Reparto ORL
- **Modalità di supervisione e valutazione delle attività formative (a cura della struttura ospitante):**  
affiancamento formativo nell'attività clinico-chirurgica dell'U.O.C, inserimento in progetti di ricerca e di raccolta dati a finalità di pubblicazioni o di relazioni a congressi. Valutazione sui progressi clinico-chirurgici.

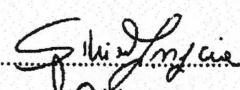
**Obblighi del tirocinante:**

- 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 tirocinante da parte del soggetto ospitante, in applicazione del Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali UE 679/2016

Barrare il consenso

Data 04/11/2025

Firma per presa visione e accettazione del tirocinante specializzando 

Firma tutor universitario (UNICT) 

Firma tutor aziendale (SOGGETTO OSPITANTE) Firmato da Salvatore Gallina

Data 04-11-2025

Firma Direttore della Scuola 

Firma e timbro del Soggetto Ospitante

  
Firmato da Salvatore Gallina

Data 04-11-2025

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA POLICLINICO "P. GIACCONO"

ac.adi@unict.it pec: protocollo@pec.unict.it