



RIFERIMENTO CONVENZIONE N. _____ DEL _____

Nominativo del tirocinante:	
Cod. Fisc.:	tel.
E-mail:	

Attuale condizione

<input type="checkbox"/> Studente iscritto al	<input type="checkbox"/> CdL	<input type="checkbox"/> CdLM	<input type="checkbox"/> CdLMCU	in:			
matricola n.					Tesi magistrale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Dottorando di ricerca in:							
<input type="checkbox"/> Corso di Perfezionamento o Scuola di Specializzazione in:							
<input type="checkbox"/> Master in:							
matricola n.					Tesi master	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
N. CFU da acquisire:		per un totale di		ore			

Sede del tirocinio

Soggetto ospitante:					
Sede (laboratorio/unità operativa/ ufficio/altro)					
Indirizzo:	Telefono:				
numero dipendenti:	n. tirocini in corso:	Settore di attività:			
Responsabile Servizio di Prevenzione e protezione:					
Medico competente:					
Orario di svolgimento del tirocinio dalle ore :		alle ore:		Ore sett. previste:	
Tempi di accesso ai locali aziendali (indicare i giorni):					
Periodo di tirocinio - n. mesi:		dal		al	
Tutor aziendale:		Qualifica:			

Per l'Università

Tutor didattico:

Polizze assicurative

- Infortuni sul Lavoro INAIL : Copertura infortuni assicurata mediante la forma di "gestione per conto dello Stato".
- Responsabilità C.V.T-polizza n. 0600000146 - Compagnia Assicurazioni "QBE " (Scadenza 31.01.2020)
- Infortuni - polizza del 31,03,2019 - Compagnia Assicurazioni "Allianz" (Scadenza 31.01.2020)

Obiettivi e modalità di svolgimento dei tirocinio

a) Tecnico professionali:

b) Trasversali:

c) Di base:

d) Modalità di valutazione iniziale, in itinere e finali:

e) Modalità della tutorship interna e esterna:

f) Attività:

g) Esperienze formative collaterali:

Facilitazioni previste:

Rimborsare Spese

Incentivi

Altro

Obblighi del tirocinante:

- svolgere le attività previste dal progetto formativo;
- 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 i processi produttivi o 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 di igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro.

Consenso al trattamento dei dati personali del tirocinante da parte del soggetto ospitante, in applicazione al D.Lgs. n.196 del 30/06/2003 e successive modifiche ed integrazioni.

Barrare in caso di assenso

FIRMA DEL TIROCINANTE:

FIRMA TUTOR DIDATTICO:

FIRMA TUTOR AZIENDALE:

FIRMA E TIMBRO DEL SOGGETTO
OSPITANTE

Per l'Università
IL DIRETTORE Dipartimento di
Scienze Biomediche e Biotecnologiche

IL DIRIGENTE DELL'AREA DELLA DIDATTICA

NB: Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte. Evitare di stampare il modulo.