PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

(Spazio a cura del Dipartimento) ***Rif. Convenzione stipulata in data ……***

Nominativo del tirocinante*……Matr.n. ……*

nato/a a …… il …….. Tel.: ……

Residente in …….…… codice fiscale ……

Attuale condizione (barrare la casella):

□ Studente del Corso di Laurea triennale in……

□ Laureato in ……

(barrare se trattasi di soggetto portatore di handicap) si no

Struttura Ospitante *…….…… Tel.: …… Fax: ……*

Sede/i e recapito/i del tirocinio (stabilimento/reparto/ufficio/ Dipartimento/Istituto)

Indirizzo/i……

…….……..……e-mail……..….

Periodo: Inizio tirocinio *mese…… … …anno……* ***Fine tirocinio*** *mese……anno……*

* Si può indicare l'arco temporale di un anno anche se il tirocinio verrà completato in un periodo inferiore.

Tutore Accademico *……FIRMA……*

Responsabile Struttura Ospitante *…… FIRMA……*

Polizze assicurative: *Soggetto ad assicurazione INAIL secondo il combinato disposto degli articoli 127 e 190 del T.U. 1124/65 e regolamentata dal D.M. 10.10.1985 e dal D.P.R. 9.04.1999 n. 156.*
Responsabilità civile posizione n. 28437742 Compagnia UNIPOL

Obiettivi e modalità del tirocinio *……*

……

……

……

……

……

……

Obblighi del tirocinante:

1. *Seguire le indicazioni dei supervisori e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze;*
2. *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;*
3. *Rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza.*

Ancona lì ……

Firma per presa visione ed accettazione del Tirocinante *……*

Timbro e Firma per la Struttura Ospitante*……*

Timbro e Firma per il Soggetto Promotore (Università – Direttore del Dipartimento)*…… ……*