

**PROGETTO FORMATIVO
CURRICULARE**

Nominativo del Tirocinante: _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____ Comune _____ Cap _____

Telefono _____ Cellulare _____ E-mail _____

Codice fiscale: _____

Matricola _____

Attuale condizione Studente Iscritto all' Anno accademico _____

Corso di Laurea in _____

Dipartimento di _____

 Studente del Master _____ **Laureato Triennale** **Laureato Specialistica** **Laureato Ciclo Unico**

Denominazione Titolo Conseguito _____

Dipartimento _____ In data _____

Portatore di handicap si no**Azienda Ospitante:** _____

Indirizzo Sede Legale: _____

Indirizzo Sede del Tirocinio (se diverso da quello legale) _____

Tempi di accesso ai locali aziendali: **dalle ore** _____ **alle ore** _____**n. giorni a settimana** _____ Periodo di tirocinio n. mesi: _____ dal _____ al _____**CFU riconosciuti per il Tirocinio** _____**Obiettivi e modalità del tirocinio:**



Facilitazioni previste: _____

Tutor Università: _____

Rec.Tel: _____ Email: _____

Tutor aziendale: _____

Rec.Tel: _____ Email: _____

Polizze Assicurative

- Infortuni sul lavoro – Posizione INAIL: 3173 – Gestione per conto dello Stato
- Polizza UnipolSai n. 65.162673692 RCT/O Scadenza 30/09/2023

Obblighi del Tirocinante

- Seguire le indicazioni dei tutori 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.

Tirocinante: Firma per presa visione ed accettazione _____

Università: Firma del Direttore del Dipartimento: _____

Luogo e data _____

Soggetto Ospitante: Firma e Timbro del Rappresentante Legale _____

Luogo e data _____