

Progetto formativo di tirocinio

Studente/ssa _____ Cod. fiscale n° _____

Anno di immatricolazione _____ Matricola n° _____

Nato/a _____ il _____

Residente in _____

Recapiti telefonici _____

E-mail _____

Ente convenzionato _____

Tutor universitario di tirocinio dott./ssa _____

Tutor dell'ente dott./ssa _____

Responsabile della certificazione delle ore di tirocinio svolte dott./ssa _____

Durata del tirocinio dal _____ al _____*, per un totale di _____ ore
date da apporre in presenza dell'addetto dell'ufficio Tirocinio

CARATTERISTICHE FORMATIVE ED ORGANIZZATIVE DEL TIROCINIO (da compilare a cura dell'ente)

Area di attività dell'ente _____

Sede legale dell'Ente _____

Luogo di effettuazione del tirocinio (via e numero civico) _____

Recapiti telefonici dell'ente _____ fax _____

E-mail _____

CONTENUTI E SCOPI DELL'ATTIVITÀ DI TIROCINIO (da concordare tra lo studente, il Tutor universitario di Tirocinio e il Tutor dell'ente):

MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO (da concordare tra lo studente e il Tutor dell'ente):

OBBLIGHI DEL/LA TIROCINANTE

- seguire le indicazioni dei tutor e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo o per altre evenienze;
- rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotti o altre notizie relative all'azienda di cui venga a conoscenza sia durante che dopo lo svolgimento di tirocinio;
- rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza;
- compilare giornalmente il proprio registro presenze e redigere una relazione finale sull'attività svolta da consegnare all'Università.

Lo studente dichiara, sotto la propria responsabilità, di aver preso visione delle caratteristiche del tirocinio nello schema di convenzione e del Regolamento. Dichiara, inoltre, di essere a conoscenza delle sanzioni previste per le dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.

Polizze assicurative:

a) **rischi da infortuni**

La copertura contro gli infortuni del/la tirocinante e la responsabilità civile verso terzi ed operai prestatori di lavoro (R.C.T.O) sono assicurate attraverso le polizze:

b) **responsabilità civile**

a) INFORTUNI: CIG B748650252 - Numero polizza n. 104312909 - Compagnia assicuratrice: Elips life (scadenza 31/10/2029)

b) R.C.T.O: CIG B74864F17F - Numero polizza: 413461768 - Compagnia assicuratrice: Axa Assicurazioni (scadenza 31/10/2029)

Firme per accettazione*:

IL RESPONSABILE DELL'ENTE (ove richiesto dall'Ente) _____

IL TUTOR DELL'ENTE _____

IL TUTOR UNIVERSITARIO DI TIROCINIO _____

LO/A STUDENTE/SSA _____

SASSARI, ____/____/____

*con la firma per accettazione sono fatti salvi i diritti e gli obblighi previsti dalle Linee guida del tirocinio e dallo schema di convenzione con riguardo al suo svolgimento. L'inosservanza delle condizioni previste comporterà la sospensione del tirocinio e la sua non certificazione.