

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.....*

Tutor Aziendale *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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Lo studente svolgerà attività formativa anche presso strutture terze. Tali uscite saranno funzionali al raggiungimento degli obiettivi formativi e si svolgeranno sotto la supervisione del tutor aziendale o di un suo delegato.

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 (Rappresentante Legale)

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