



PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

Convenzione n. \_\_\_\_\_ stipulata in data \_\_\_\_\_

**DATI DEL TIROCINANTE**

Nominativo del tirocinante \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

E mail \_\_\_\_\_ C.Fisc. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

---

Scuola di \_\_\_\_\_

- Studente \_\_\_\_\_

Corso di  
Studio \_\_\_\_\_

tirocinio per tesi \_\_\_\_\_ n. crediti \_\_\_\_\_

altra attività formativa di tirocinio \_\_\_\_\_ n. crediti \_\_\_\_\_

- Laureato \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_

Facoltà/Scuola di \_\_\_\_\_

Corso di  
Studio \_\_\_\_\_

Soggetto diversamente abile \_\_\_\_\_ SI NO

---

Azienda ospitante \_\_\_\_\_

Sede/i del tirocinio (stabilimento, reparti, ufficio) \_\_\_\_\_

Tempi di accesso ai locali Aziendali \_\_\_\_\_

Periodo di tirocinio \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Nominativo del tutor accademico (\*1) \_\_\_\_\_

Nominativo/i del/i tutor Aziendale \_\_\_\_\_

**POLIZZE ASSICURATIVE**

- Infortuni sul lavoro assicurati presso INAIL con "Gestione per Conto"

- Responsabilità civile per danni a terzi n. 0026.5106193.62 con UnipolSAI, scad. 28/02/2017

- Infortuni studenti n. IAH 0008528 con AIG Europe, scad. 28/02/2017

## - OBIETTIVI FORMATIVI DEL TIROCINIO (\*2)

## - ATTIVITA' E MODALITA' DI SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO

Facilitazioni previste	Rimborso spese Euro	Vitto - Buoni pasto	Nessuna
	Borsa di Studio Euro	Alloggio	Altro

### 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.

Bologna li

La data sarà inserita dall'ufficio  
dell'Università

Firme

- Firma per presa visione ed accettazione del tirocinante

\_\_\_\_\_

- Firma del responsabile didattico-organizzativo delle attività  
(tutor nominato dal soggetto promotore) \*1

\_\_\_\_\_

- Firma per l'Alma Mater Studiorum -Università di Bologna  
(il Presidente della Scuola oppure Il Presidente della  
Commissione tirocinio o il Coordinatore del Corso di studio, se  
delegato) (il Dirigente incaricato)

\_\_\_\_\_

- Firma per l'Azienda/Ente (\*3)

\*3 **E-Mail**

\_\_\_\_\_

\*1 Docente o Ricercatore a tempo determinato/indeterminato dell'Università di Bologna (responsabile didattico organizzativo delle attività)

\*2 Indicare gli obiettivi formativi e di conoscenza del mondo del lavoro. Per le Tesi o altre attività indicare gli obiettivi, le modalità e le attività formative

\*3Mail soggetto ospitante ove inviare il progetto formativo, timbro dell'azienda/ente, nominativo del rappresentante legale (o suo delegato) e firma di quest'ultimo.