Uffici di Ateneo

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**

STAMPA

*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.