



 **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 n. 0026.5106193.62 compagnia UNIPOLSAI scadenza 28/02/2017
- Infortunio studenti n. IAH0008528 compagnia AIG scadenza 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

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 delegati) (il Dirigente incaricato)

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



*3 **E-Mail**

*1 Docente con contratto a tempo indeterminato o Ricercatore Confermato dell'Università di Bologna (tutor didattico organizzativo)

*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

*3 Nome dell' Azienda, Mail ove inviare il progetto formativo in copia conforme all'originale, Timbro dell' Azienda, nominativo del rappresentante legale o suo delegato e firma di quest'ultimo.