



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO
DI SCIENZE BIOMEDICHE
E NEUROMOTORIE

MODULO PER PROGETTO FORMATIVO PER TESI

DATI DEL TIROCINANTE

COGNOME _____ NOME _____
MATRICOLA _____ C.F. _____
RESIDENTE IN _____
CITTA' _____ CAP _____
E-MAIL _____ TELEFONO _____
ISCRITTO/A AL CDS _____
ANNO ACCADEMICO _____ ANNO DI CORSO _____
SOGGETTO DIVERSAMENTE ABILE sì ☐ no ☐

DATI SU SVOLGIMENTO TIROCINIO

AZIENDA OSPITANTE _____
SEDE DEL TIROCINIO (UNITA' OPERATIVA/AMBULATORIO/LABORATORIO...) _____
PERIODO DI TIROCINIO DAL _____ AL _____
ORARI DI ACCESSO AI LOCALI DOVE SI SVOLGERA' IL TIROCINIO _____
PER UN NUMERO DI ORE ALMENO PARI A **300** ⁽¹⁾
TIROCINIO FINALIZZATO ALLA PREPARAZIONE DELLA TESI DI LAUREA DAL TITOLO _____
NOMINATIVO DEL TUTOR ACCADEMICO/RELATORE DELLA TESI ⁽²⁾ _____
NOMINATIVO DEL TUTOR AZIENDALE ⁽³⁾ _____

OBIETTIVI FORMATIVI DEL TIROCINIO ⁽⁴⁾

¹ Il tirocinio deve avere una durata di almeno 300 ore per riuscire ad avere il riconoscimento di 12CFU. Se il tirocinio avrà una durata maggiore di 300 ore, non verranno assegnati extra crediti.

² Il Tutor Accademico è il relatore della tesi.

³ Il Tutor Aziendale è il responsabile/direttore della Unità operativa/Struttura sede di svolgimento del tirocinio.

⁴ Specificare gli obiettivi formativi del tirocinio che, in relazione al progetto, devono palesare il collegamento con gli argomenti da sviluppare nella tesi di laurea.



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO
DI SCIENZE BIOMEDICHE
E NEUROMOTORIE

ATTIVITA' E MODALITA' DI SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO ⁽⁵⁾

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.

POLIZZE ASSICURATIVE INCLUSE

- Infortuni sul lavoro: assicurati presso INAIL con "Gestione per Conto".
- Responsabilità civile: UNIPOLSAI nr. 1-52380-65-171463068 con UNIPOLSAI scadenza 31/10/2027.
- Infortuni POSTA ASSICURA nr. 72315 con POSTE ASSICURA scadenza 31/10/2027.

In caso di infortunio contattare campusravenna-infortuni@unibo.it

⁵ Indicare le attività e modalità di svolgimento del tirocinio, l'esecuzione delle quali permette allo studente di approfondire gli argomenti indicati negli obiettivi ed acquisire le competenze necessarie a completare la sua formazione teorico-pratica ai fini della stesura della tesi. È inoltre richiesto di indicare il monte ore settimanale concordato, che non può superare le 40 ore.



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO
DI SCIENZE BIOMEDICHE
E NEUROMOTORIE

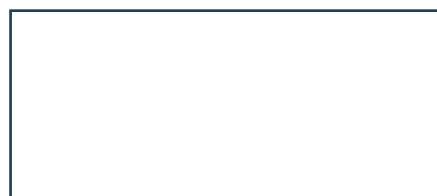
FIRME

Data (la data sarà inserita dall'ufficio dell'Università) _____

Firma e data per presa visione ed accettazione del/della
tirocinante _____

Firma del Tutor Accademico/Relatore della tesi _____

Firma del Tutor Aziendale (⁶) _____



Timbro Azienda/Ente

Firma dell'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna
(Coordinatore del Corso di Studi) (⁷) _____

Il presente modulo è da inviare firmato, per e-mail, a:

- campusravenna.tirocinimedicina@unibo.it
- via mail in copia conoscenza al tutor accademico/relatore di tesi

⁶ Se Relatore e Direttore della struttura ospitante coincidono, le firme devono comunque essere apposte su entrambi i rispettivi campi.

⁷ La firma del Coordinatore del Corso di Studio sarà acquisita dagli Uffici di Campus a conclusione dell'iter di approvazione.