



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 UNIPOLSAI nr. 1-52380-65-171463068 scadenza 31/10/2024

- Infortuni POSTE ASSICURA nr. 72315 scadenza 31/10/2024

- 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 Vicepresidente o 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 Relatore della tesi ovvero Docente con contratto a tempo indeterminato, Ricercatore Confermato o Professore a contratto 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.