



**Progetto formativo e di orientamento**

(Rif. Convenzione stipulata in data .....)

Nominativo del/della tirocinante: .....

nat... a ..... il .....

residente in .....

C.F. ....

Tel. .... Cell. ....

E-mail .....

condizione (*rispetto al curriculum universitario*):  laureando in .....

laureato in .....

Azienda ospitante: ISPRA - Dipartimento per le Attività Bibliotecarie, Documentali e per l'Informazione - Servizio Biblioteca e Documentazione

Sedi del tirocinio: Sedi ISPRA di Roma, Via Vitaliano Brancati n. 48, Via Curtatone n. 3, Via di Casalotti n. 300, Magazzino biblioteca ISPRA di Lungotevere Papareschi.

Tempi di accesso ai locali dell'ISPRA: Lun- Ven 9,00/17,00.

Periodo di tirocinio: mesi ..... dal ..... al .....

Tutor per la SSAB: Prof. ....

Tutor per l'ISPRA:.....

Polizze assicurative:

- Infortuni sul lavoro INAIL "Gestione per conto dello Stato"
- R.C. Ras n. 55620021

Facilitazioni previste: Servizio mensa a prezzo agevolato, servizio navetta.

Obiettivi e modalità del tirocinio: .....

.....

.....

Attività proposta: .....

.....

.....

Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

CF 80209930587 PI 02133771002

Presidenza Scuola Speciale per Archivisti e Bibliotecari

Viale Regina Elena 295, 00161 Roma

T (+39) 06 49255502 F (+39) 06 49255506

[presidenssab@uniroma1.it](mailto:presidenssab@uniroma1.it) w3.uniroma1.it/ssab



Il tirocinio ha/non ha valore di credito formativo.

Obblighi del/la 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 i processi produttivi, i prodotti od altre notizie relative all'Ente/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.

Il tutor per la SSAB

Il tutor per l'ISPRA

Data .....

Data .....

Firma .....

Firma .....

Il/La tirocinante..... (per presa visione ed accettazione)

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali ai sensi e per gli effetti del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 recante disposizioni in materia protezione dei dati personali.

Data..... Il/La tirocinante.....

PER APPROVAZIONE: IL RESPONSABILE DELLA CONVENZIONE

Per la SSAB

Per l'ISPRA

prof. Attilio De Luca

ing. Adolfo Pirozzi

Data .....

Data .....

Firma .....

Firma .....