



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

Facoltà di   
- Laureando  Corso di Studio   
- Laureato  il  presso l'Università di   
Facoltà di   
Corso di Studio   
- Altro Titolo   il   
presso l'Università di   
Soggetto portatore di handicap  SI  NO

Azienda ospitante   
Sede/i del tirocinio (stabilimento, reparti, ufficio)   
Tempi di accesso ai locali Aziendali   
Periodo di tirocinio n. mesi  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 posizione n. 767407.26 compagnia Fondiaria SAI scadenza 31/10/2013

- OBIETTIVI FORMATIVI DEL TIROCINIO (\*2)

- ATTIVITA' E MODALITA' DI SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO

Facilitazioni previste

<input type="checkbox"/> Rimborso spese Euro	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Vitto - Buoni pasto	<input type="checkbox"/> Nessuna
<input type="checkbox"/> Borsa di Studio Euro	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Alloggio	<input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>

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 Preside di Facoltà oppure Il Presidente della Commissione tirocinio o del Corso di studio, se delegato) (il Dirigente incaricato) \_\_\_\_\_

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

\*3 **E-Mail**   
 \_\_\_\_\_

\*1 Docente o Ricercatore dell'Università (tutor didattico organizzativo)  
\*2 Indicare gli obiettivi formativi e di conoscenza del mondo del lavoro  
\*3 Nome dell'Azienda, Mail ove inviare il progetto formativo in copia conforme all'originale, Timbro dell'Azienda, nominativo del responsabile e firma di quest'ultimo.