



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.