

PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO
Tirocinio Extra – Curriculare⁽¹⁾

(Rif. Convenzione n° _____ stipulata in data _____ con rinnovo del _____)

Nome del tirocinante _____

nato a _____ il _____

Barrare la casella corrispondente alla tipologia:

Attuale condizione		Conseguita in data
Laureato/a da non più di 12 mesi	<input type="checkbox"/>	
Scuola di specializzazione/perfezionamento da non più di 12 mesi	<input type="checkbox"/>	
Diploma di master da non più di 12 mesi	<input type="checkbox"/>	
Dottorato di ricerca da non più di 12 mesi	<input type="checkbox"/>	

Laurea in possesso:

Facoltà _____ Corso di Laurea in _____

Ordinamento di studi: V.O. N.O.,

Se Nuovo Ordinamento indicare il **Livello:**

Triennale Magistrale/Specialistica Ciclo Unico

con la votazione di _____ / _____

Residente in _____ Via _____ n. _____

CAP _____ Tel. _____ Cell. _____

e-mail: _____ Codice Fiscale: _____

Barrare la casella se soggetto portatore di handicap

Azienda ospitante _____

n. dipendenti _____ n. tirocini in corso _____

Settore produttivo di attività: _____

Area di inserimento del tirocinante _____

Sede del tirocinio _____ indirizzo _____

Tutor aziendale _____ **Qualifica** _____

Telefono _____ e-mail _____

Responsabile Servizio di prevenzione e protezione _____

Medico Competente⁽²⁾ _____

Tutor universitario _____

⁽¹⁾ Per i tirocini post lauream (extra-curricolari), l'obbligo di Comunicazione Obbligatoria (C.O.) al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali è **a carico del soggetto ospitante**.

⁽²⁾ Se azienda soggetta a sorveglianza sanitaria

Orario di accesso ai locali aziendali

Dalle ore _____ Alle ore _____

Dalle ore _____ Alle ore _____

Ore settimanali previste _____

Periodo di tirocinio

N° mesi (max 6 mesi) _____ Dal _____ Al _____

POLIZZE ASSICURATIVE

Infortuni sul lavoro INAIL: La copertura assicurativa I.N.A.I.L. è assicurata mediante la speciale forma di "Gestione per conto dello Stato" ex artt. 127 e 190 del T. U. n° 1124/65 e D. M. 10/10/1985. In caso di incidente durante lo svolgimento del tirocinio il soggetto ospitante si impegna a segnalare l'evento, entro i tempi previsti dalla normativa vigente.

Polizza infortuni cumulativa: GENERALI "Assicurazione Generali S.p.A",
Agenzia Palermo Est - Cod. Agenzia: n° 746 00;
Polizza N. 303032226

Responsabilità civile: GENERALI "Assicurazione Generali S.p.A"
Agenzia Palermo Est - Cod. Agenzia: n° 746 00;
Polizza N. 303032255

OBIETTIVI FORMATIVI

Competenze da sviluppare:

Di base:

Professionalizzanti:

Trasversali:

Facilitazioni previste:

OBBLIGHI DEL TIROCINANTE

- Seguire le indicazioni dei tutor e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze;
- Rispettare gli obblighi di riservatezza circa i processi produttivi 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 di igiene e sicurezza;
- Compilare giornalmente il proprio registro presenze, redigere la relazione finale sull'attività svolta e la scheda di valutazione da consegnare all'Università al fine del rilascio del relativo attestato.

Consenso al trattamento dei dati personali del tirocinante da parte del soggetto ospitante, in applicazione alla Legge n. 196/ 2003 e successive modifiche ed integrazioni.

Barrare in caso di assenso

Firma

Tali certificazione prodotte nei modi e nei casi previsti dal T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa n.445/2000. Ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, comportano assunzione di responsabilità, in caso di false attestazioni o dichiarazioni mendaci sono previste le sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000.

Palermo ___ / ___ / _____

Firma per presa visione ed accettazione del tirocinante

Firma tutor universitario (*Timbro della Facoltà*)

Firma tutor aziendale

Responsabile Stage e Tirocini extra-curricolari di Ateneo

Responsabile ISPRA di Convenzione
