



Università degli Studi di Cagliari
Facoltà di Biologia e Farmacia
Classe Verticale Scienze Naturali

PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

(rif. Convenzione n. _____ stipulata in data ____ / ____ / ____)

TIROCINANTE

Nominativo del tirocinante: _____

Matricola _____ Codice Fiscale: _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

Residente a _____ in Via _____

Tel _____ e-mail _____

Domiciliato/a (solo se fuori sede) in _____ tel. _____

Portatore di handicap si ☐ no ☐

Attuale condizione: studente universitario corso di laurea triennale ☐ corso di laurea specialistica ☐

TIROCINIO

Azienda/Ente ospitante _____

Sede del tirocinio (stabilimento/reparto/ufficio) _____

Periodo di tirocinio n. giorni/mesi _____ dal _____ al _____ CFU _____

Tempi di accesso ai locali aziendali _____

Tutor universitario _____ e-mail _____ tel. _____

Tutor aziendale _____ e-mail _____ tel _____

POLIZZE ASSICURATIVE:

Inail (infortuni) "Gestione per conto dello Stato" (ex.artt.127 e 190 del T.U. n°1124/65 e D.M. 10/10/1985)

Responsabilità civile polizza n. 2193/32/1010 e **Infortuni cumulativa** polizza n. 2193/31/1002, compagnia assicurativa Società Cattolica Assicurazione.

OBIETTIVI E MODALITA' DEL TIROCINIO

EVENTUALI FACILITAZIONI PREVISTE SI ☐ NO ☐ SE SÌ QUALI:

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/ente 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.

Cagliari ____ / ____ / ____

Firma per presa visione ed accettazione del tirocinante

Sottoscrizione per il soggetto promotore

Firma per presa visione del tutor universitario

Timbro e firma per l'azienda/ente ospitante

