



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

**PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO
INTERNO**

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 magistrale ☐

TIROCINIO

Docente proponente _____ e-mail _____ tel _____
Titolo del progetto di tirocinio _____ CFU _____
Sede del tirocinio (indicare il dipartimento, nome direttore) _____
Periodo di tirocinio n. ore _____ dal _____ al _____

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 del tutor e fare riferimento a lui/lei per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze;
- rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotti od altre notizie relative all'università di cui venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio;
- rispettare i regolamenti universitari e le norme in materia di igiene e sicurezza.

Cagliari ____ / ____ / ____

Firma per presa visione ed accettazione del tirocinante

Firma del docente