PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

(ex art. 2 Convenzione (cronologica) n.° ___ del_____)

- **Soggetto ospitante**
  Ragione Sociale : ……..……..... ,
  Settore produttivo : …….... ,
  sede legale *(luogo e indirizzo)*: .....
  …… ,
  C.F. e P.I.: ……..…… ,
  rappresentata da: ……...…….....,
  nato il: .....,
  in qualità di: □ Rappresentante Legale □ Delegato (Rif. Delega del ……..……..) .

a) Tirocinante

cognome e nome: ..... ,
nato/a a: ..... ,
il: .....,
residenza: .....,
domicilio: .....,
C.F. : .....,
Telefono: ……..,
e-mail : ……..... .

□ laurea triennale □ di laurea magistrale
Anno di corso: …… matr……
Denominazione del Corso
……
…….. ,
Dipartimento: …… .

1. Sede/i, durata, obiettivi e modalità del tirocinio

Sede del tirocinio

(denominazione): .....,
(luogo/indirizzo): ….……..…..…,
periodo *(dal/al)*: ……..……

Ulteriori sedi previste*(2):*

- presso *(denominazione)*: .....,
  (luogo e indirizzo): ……..…,
  periodo *(dal/al)*: ……..…….. .

- presso *(denominazione)*: .....,
  (luogo e indirizzo): ……..…,
  periodo *(dal/al)*: ……..…….. .

Tempi di accesso alla/e sede/i di tirocinio:
giorni …….. ,
orari ……..….. ,
ore settimanali n.°: …… .
Periodo totale di tirocinio …….cfu ……ore
mesi totali: ……. ,
(dal/al): ……..……..
...…… .

Area o settore aziendale di inserimento: ……..
…….... .
Mansioni previste: ……..……..
……..……..
……..……..
……..…… .
Obiettivi e modalità del tirocinio: ……..
……..……
……..……
……..……
……..……
……..……
…… .

2. Tutor

Università
Tutor Accademico: ……..……,
telefono/fax: …….....,
e-mail: …….....

Soggetto ospitante
Tutor aziendale: ……..…….…….....,
telefono/fax: …….....,
e-mail: …….....

- **Polizze Assicurative *(a carico Università)***
  - **Infortuni sul lavoro : PAT INAIL 090297236 *(3)*,**

  Polizza RCT/O n. ITCASC09280 compagnia Chubb European Group
  Polizza Infortuni n.154207087 compagnia UnipolSai *(4)*.

3. Obblighi del tirocinante

Durante lo svolgimento del tirocinio formativo e di orientamento il tirocinante è tenuto a:

a) svolgere le attività previste dal progetto formativo e di orientamento;
b) rispettare le norme in materia di igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro;
c) mantenere, anche dopo lo svolgimento del tirocinio, la necessaria riservatezza per quanto attiene dati, informazioni o conoscenze in merito a processi produttivi e prodotti, acquisiti durante lo svolgimento del tirocinio;
d) attenersi alle indicazioni fornite da soggetto promotore e ospitante attraverso i rispettivi tutor.

I dati personali degli studenti saranno trattati ai sensi del Regolamento EU 679/2016 (GDPR).
A tal fine si rimanda: https://www.unich.it/privacy

Data, ……..

Per Università degli Studi "G. d'Annunzio"
Firma Tutor Accademico : _____

Per Soggetto Ospitante
Firma e timbro Legale Rappresentante: _____

Per Soggetto Ospitante
Firma e timbro Tutor Aziendale: _____

Per Soggetto Promotore
Firma e timbro Direttore Dipartimento : _____

Firma per presa visione ed accettazione del **tirocinante**: _____

Note per la compilazione del documento

(1) Va indicato, a cura del Soggetto Proponente, in numero della Convenzione cui il Progetto Formativo è riferito.

(2) Compilare se il tirocinio prevede più di una sede di svolgimento.

(3) PAT INAIL riferita all'Ateneo come "Gestione per Conto" da utilizzarsi per la comunicazione obbligatoria al CPI a cura del soggetto ospitante.

(4) Estensione internazionale.