



Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale

▪ Corso di Laurea in Scienze e Tecniche delle Attività Motorie Preventive e adattate

(Rif. Convenzione n. _____ stipulata in data _____)

PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

Nominativo del tirocinante _____ Matricola _____

Codice fiscale _____ Nato/a _____ il _____

Residente in _____ C.a.p. _____ alla via _____, N. _____

Recapito telefonico: fisso _____ cell _____ e-mail istituzionale _____

Azienda ospitante: _____

Sede del Tirocinio: _____ indirizzo _____

Tel _____ Fax _____

Disponibilità oraria della struttura per lo svolgimento giornaliero del tirocinio:

n. mesi _____ da _____ a _____

Tutor universitario _____ E-mail _____

Tutor aziendale _____ E-mail _____

Polizze assicurative:

- Infortuni sul lavoro INAIL, posizione n. 11126323;
- Polizza infortuni posizione n. 77/184958279 compagnia UNIPOLSAI assicurazioni;
- Polizza RCT/RCO , n. 410660545, Compagnia Generali.

Obiettivi e modalità del tirocinio:

Obiettivi:

Modalità:

Obblighi del tirocinante:

- Prendere atto che il rapporto di tirocinio non costituisce rapporto di lavoro;
- Svolgere le attività previste dal presente progetto formativo e di orientamento;
- 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 i processi produttivi, i 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, salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- Comunicare tempestivamente, di concerto con il soggetto ospitante, la sospensione, estensione, modifica od interruzione del tirocinio.

Foggia, _____

Firma del tirocinante: _____

Firma del Tutor Universitario: _____

Firma del Tutor Aziendale: _____

Firma e Timbro per l'azienda ospitante: _____