UNIVERSITA' DEGLI STUDI

CAGLIARI

**Tirocinio**

**PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO**

(Reg. n. \_\_/\_\_ del \_\_/\_\_/\_\_\_\_)

**Tirocinante**

**Nominativo:**

**Luogo e data di nascita:**

**Codice fiscale:**

**Residenza:**

**Indirizzo:**

**Telefono:**

**Portatore di handicap:** **Sì No**

**Corso di studi:**

**Situazione studi:**

**Tirocinio**

**Azienda (o Università) Ospitante:**

**Sede:**

**Durata del tirocinio:**

**Inizio e termine del tirocinio:** dal **al**

**Orari di accesso ai locali:**

**Docente Universitario:**

**Tutore Aziendale (o Tutore Esterno):**

**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).

**Resp. Civile** polizza n. 1/2430/65/132085060 e Infortuni cumulativa polizza n. polizza n. 1/2430/77/132085069, compagnia assicurativa Unipol Sai assicurazioni.

**Obiettivi e modalità del tirocinio:**

Effettuare un’esperienza di lavoro nell’industria seguendo il lavoro dei tecnici dell’Azienda.

Specificare brevemente …….

**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 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

Firma per presa visione del Docente Universitario

Timbro e firma per l'azienda/ente ospitante

sottoscrizione per il soggetto promotore