



Compilare, firmare digitalmente e inviare a: praticetirociniarch@unica.it

PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

(rif. Convenzione _____ del ____ / ____ / _____)

TIROCINANTE

Nominativo: _____

Matricola _____ Codice Fiscale: _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / _____

Residente a _____ in Via _____

Tel _____ e-mail _____

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

Corso di studi: _____

Situazione studi (anno iscrizione): _____

Portatore di handicap si no

TIROCINIO

Soggetto ospitante _____

Sede del tirocinio (stabilimento/reparto/ufficio) _____

Periodo di tirocinio n. giorni/mesi ____ dal _____ al _____ ORE _____

Tempi di accesso ai locali aziendali _____

Tutore universitario _____ e-mail _____ tel. _____

Tutore aziendale _____ e-mail _____ tel _____

POLIZZE ASSICURATIVE

Inail (infortuni sul lavoro) "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. 1/2430/65/132085060 e **Infortuni cumulativa** polizza n.

1/2430/77/132085069, compagnia assicurativa UnipolSai assicurazioni.

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



PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

(rif. Convenzione _____ stipulata in data ___ / ___ / _____)

TIROCINANTE

Nominativo: _____
Matricola _____ Codice Fiscale: _____
Nato/a a _____ il ___ / ___ / _____
Residente a _____ in Via _____
Tel _____ e-mail _____
Domiciliato/a (solo se fuori sede) in _____ tel. _____
Corso di studi: _____
Situazione studi (anno iscrizione): _____
Portatore di handicap si no

TIROCINIO

Soggetto ospitante _____
Sede del tirocinio (stabilimento/reparto/ufficio) _____
Periodo di tirocinio n. giorni/mesi ___ dal _____ al _____ ORE _____
Tempi di accesso ai locali aziendali _____
Tutore universitario _____ e-mail _____ tel. _____
Tutore aziendale _____ e-mail _____ tel. _____

POLIZZE ASSICURATIVE

Inail (infortuni sul lavoro) "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. 1/2430/65/132085060 e **Infortuni cumulativa** polizza n. 1/2430/77/132085069, compagnia assicurativa UnipolSai assicurazioni.

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



**DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI
ai sensi del D. Lgs 196/2003**

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____,
nato/a a _____, prov. _____, il ____ / ____ / _____, residente a _____
prov. (_____), nella via _____, n° _____, n° cellulare
_____, email _____,

domiciliato/a (*indicare solo se diverso dalla residenza*) a _____ prov. (_____),
nella via _____, n° _____,

iscritto/a al _____ anno oppure al FC del corso di Studi in _____,
matricola n° _____,

dichiara

di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati per la categoria di interessato "Clienti/fornitori (rif. Referenti aziendali e rappresentanti legali)" disponibile al link:

https://www.unica.it/unica/it/utility_privacy.page

L'Università degli Studi di Cagliari è titolare del trattamento dei dati personali ai sensi delle norme del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 27 Aprile 2016, e del Codice in materia di protezione dei dati personali D.Lgs 196/2003, nel rispetto della dignità umana, dei diritti e delle libertà fondamentali della persona. L'informativa sul trattamento dati per la categoria di interessato "clienti/fornitori (rif. Referenti aziendali e rappresentanti legali)" è pubblicata sul sito nella pagina https://www.unica.it/unica/it/utility_privacy.page

Cagliari, ____ / ____ / _____

(firma dello studente)