



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CAGLIARI

Tirocinio Obbligatorio PROGETTO FORMATIVO

(Rif. Conv. _____ del _____)

Tirocinante

Nominativo:
Luogo e data di nascita:
Codice fiscale:
Residenza:
Indirizzo:
Telefono:
Portatore di handicap:
Corso di studi:
Situazione studi:

Tirocinio

Azienda Ospitante:
Sede operativa:
Durata del tirocinio: _____ **Tempi di accesso ai locali:**
Inizio e termine del tirocinio: Dal _____ al _____
Tutore Universitario:
Tutore Aziendale:

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 posizione n.: 1010 compagnia ass.: Società Cattolica Assicurazione
Infortuni posizione n.: 1002 compagnia ass.: Società Cattolica Assicurazione

Obiettivi e modalità del tirocinio:

Facilitazioni previste:

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.
- compilare giornalmente il registro di frequenza individuale in cui annotare l'attività svolta, la sede e la durata

Cagliari, _____

Firma per presa visione ed accettazione del tirocinante

Timbro e firma per l'azienda/ente ospitante

Sottoscrizione per il soggetto promotore