



## UnitelmaSapienza

Università degli Studi di Roma

### PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

in orario di servizio

fuori orario di servizio

#### DATI TIROCINANTE

Nome.....Cognome.....  
Matr.....  
Nato a .....il .....

#### Attuale condizione

- Studente universitario del corso di Laurea/Master in .....
- Laureato da non più di 18 mesi in data ..... (indicare la data di conseguimento della laurea).

Azienda ospitante: .....  
e-mail.....  
p.e.c.....  
Sede/i del tirocinio (reparto/ufficio).....  
Numeri di gg a settimana in cui svolge il tirocinio ..... dalle ore.....alle ore.....  
Periodo di tirocinio n. .... mesi dal .....al.....

Tutore universitario: .....  
Tutore ente/azienda: .....

Polizze assicurative  
Infortuni sul lavoro INAIL "gestione in conto" - P.A.T. 091842105/00  
Responsabilità civile Polizza n. 46745456 Compagnia di Assicurazioni Unipol Assicurazioni

Obiettivi e modalità del tirocinio: (breve descrizione dell'attività)

#### 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 i processi produttivi, prodotti o 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
- **comunicare tempestivamente, per iscritto, con un preavviso di almeno 2 gg., l'eventuale sospensione anticipata del tirocinio, all'Azienda ospitante (in caso di mancata comunicazione, non sarà possibile, per il tirocinante, effettuare un nuovo stage in altra Azienda tramite l'Università)**
- **L'Azienda ospitante informerà l'Università dell'eventuale sospensione come da art. 3 della Convenzione**

Roma, .....

**Timbro e firma per l'Ente/Azienda ospitante**.....

**Firma per presa visione ed accettazione del tirocinante** .....

**Firma per approvazione dell'Università**.....

**EVENTUALI PROROGHE (Sono consentite eventuali proroghe fino ad un massimo di 12 mesi):**  
**(PROROGA DA INVIARE VIA FAX AL N 06/6792048)**

I - **Proroga** dal..... al..... Tempi di accesso ai locali aziendali dal lunedì al venerdì dalle  
ore..... alle ore .....

Timbro e Firma **Azienda**.....

**PER ACCETTAZIONE ENTE PROMOTORE** .....

Roma,