



PROGETTO FORMATIVO

(rif. Convenzione stipulata in data / /)

Cognome e nome del tirocinante:

codice fiscale nato a il

residente a in

cellulare e-mail:

Corso di Laurea

Soggetto disabile SI NO

Azienda ospitante

Sede/i del tirocinio (stabilimento/reparto/ufficio):

Tempi di accesso ai locali aziendali:

Totale ore settimanali di tirocinio previste:

Periodo di tirocinio n° mesi dal al

Si tratta di una proroga di un tirocinio già in corso? SI NO

Tutor universitario: Prof. tel. Ufficio e-mail:

Tutor aziendale: tel. Ufficio e-mail:

Polizze assicurative:

- Infortuni sul lavoro INAIL: gestione per conto dello Stato prevista dal combinato disposto dagli artt. 127 e 190 del T.U. INAIL (DPR N. 124/65) e regolamentato dal D.M. 10.10.85
- Responsabilità civile verso terzi: posizione RCT/O n. ITCASC03013, ACE European Group Ltd con scadenza il 31/12/2018

Obiettivi e modalità del tirocinio (Descrizione delle attività):

Crediti formativi universitari:

Facilitazioni previste (es. borse di studio, mensa, alloggio, rimborso spese, ecc.):

Obblighi del tirocinante:

- seguire le indicazioni dei tutor 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

Firma per presa visione ed accettazione del tirocinante

Firma del tutor accademico

Firma per il soggetto promotore

Firma per l'azienda

