

PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO
ART.4, COMMA 2 DEL D.M. N°142 DEL 25 MARZO 1998
 (rif. Convenzione del)

Nominativo del tirocinante:

matricola: _____ **CFU:** (previsti sul PdS)

Nato a: _____ il _____

Residente in: _____ Via _____

Codice Fiscale: _____

Recapito telefonico: _____ ☒: _____

(barrare se trattasi di soggetto con disabilità) _____ ☐

Attuale condizione (barrare la casella):

- studente universitario del Corso di Laurea **in Farmacia** cod.Corso: LM-13 ☐
 - studente frequentante dottorato di ricerca in..... ☐
 - studente frequentante la Scuola di Specializzazione in _____ ☐
 - studente frequentante il Corso di perfezionamento in _____ ☐
 - studente frequentante il Master in ☐
 - inoccupato ☐ disoccupato ☐ occupato ☐
- (Obbligatorio barrare una casella)*
- *Inoccupato= mai contratto* *disoccupato= contratti in precedenza* *Occupato=attualmente sotto contratto*

Azienda ospitante (*ragione sociale e indirizzo*):

Numero di dipendenti assunti a tempo indeterminato:

Sede del tirocinio (*indirizzo completo*): Email: _____ Tel: _____

Tempi di accesso ai locali aziendali: (**specificare giorni della settimana ed orari- con pausa pranzo**)

Periodo di tirocinio n° mesi : dal _____ al _____

(Con possibilità di proroga entro i limiti previsti dalla normativa vigente)

Tutor Universitario:

Tel.: _____ ☒: _____

Qualifica: _____

Tutor Aziendale:

Tel.: _____ ☒: _____

Qualifica: _____

Obiettivi e modalità del tirocinio: Lo scopo del tirocinio professionale è di integrare la formazione universitaria dello studente con l'applicazione pratica delle conoscenze necessarie ad un corretto esercizio professionale, con frequenza giornaliera per un massimo di 36 ore settimanali. (vedi art. 3 del diario del tirocinante).

Facilitazioni previste (indicare l'esatto ammontare di eventuali rimborsi forfetari, buoni pasto ecc.)

Polizze assicurative:

Infortuni sul lavoro INAIL (gestione per conto) D.M. del 10.10.1985 e art. 2 del D.P.R. del 09.04.1999 n. 156
Responsabilità civile polizza n. 65/149948891 compagnia UnipolSai.
Altro: Infortuni cumulativa polizza n. 77/149949019 compagnia UnipolSai.

Obblighi del tirocinante:

- Seguire le indicazioni dei tutor e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze, impegnandosi a svolgere il programma concordato con l'Azienda e riportato nel progetto formativo e di orientamento con puntualità, serietà e precisione;
- 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.

Ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003 e ai sensi del "Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati" ("GDPR"), con la sottoscrizione il tirocinante esprime il suo consenso a che i suoi dati personali vengano comunicati all'Azienda limitatamente ai trattamenti connessi alle finalità del presente rapporto di tirocinio. La sottoscrizione del presente modello comporta anche il consenso del tirocinante al trattamento dei suoi dati personali nel senso sopraindicato.

Eventuali variazioni dei dati riportati nel presente documento (sede del tirocinio, trasferte, interruzione anticipata, tutors, obiettivi e modalità), dovranno essere comunicate, dall'Azienda/Ente ospitante **almeno 10 giorni prima**, via fax o mail, all'Ufficio Tirocini della Facoltà/Macroarea di/alla Segreteria del Master in/alla Segreteria del Dottorato in/alla Segreteria della Scuola di Specializzazione in

In caso di proroga, la relativa richiesta dovrà pervenire all'Ufficio Tirocini della Facoltà/Macroarea di/alla Segreteria del Master in/alla Segreteria del Dottorato in/alla Segreteria della Scuola di Specializzazione in almeno 10 giorni prima del termine dell'attività, ai fini del prolungamento della copertura assicurativa.

Roma,

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI ROMA "TOR VERGATA"
Il Direttore del Dipartimento di Biologia
Prof.ssa Olga Rickards

.....

(RAGIONE SOCIALE DELL'AZIENDA)

Il Rappresentante legale (.....)

.....

TIMBRO DELL'AZIENDA

Firma per presa visione ed accettazione del tirocinante

(.....).....