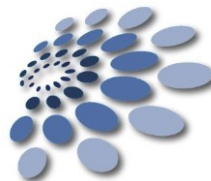




**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TRIESTE**



Dipartimento di

Scienze della Vita

Corso di Laurea Magistrale in _____

DOMANDA DI INTERNATO (1)

Numero matricola dello studente _____

...sottoscritt _____

Nat... a _____ il ____ / ____ / _____, residente a _____

In via _____, CAP _____, tel _____

E mail _____ cell _____

(eventuale recapito a Trieste: c/o _____, via _____, tel _____)

iscritt.... al anno di corso/fuori corso

chiede di poter svolgere l'internato per la preparazione della tesi sperimentale

avendo come Relatore il prof. (2) _____

eventuale Correlatore _____

presso il Dipartimento/Istituto di (3) _____

oppure (se l'internato viene svolto in un laboratorio diverso da quello del Relatore)

avendo come Relatore il prof. (2) _____

e come Correlatore (4) _____

presso (5) _____

indirizzo _____

Data di inizio dell'attività di internato (6): ____/____/____

Data di fine dell'attività di internato: ____/____/____

Lo studente dichiara di svolgere l'Internato (o parte di esso) nell'ambito di programmi di Mobilità

Internazionale* SI ☐ NO ☐

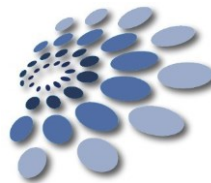
(* Borse Erasmus o di Mobilità Internazionale)

Lo studente dichiara di svolgere l'Internato (o parte di esso) all'estero

SI ☐ NO ☐



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TRIESTE**



Dipartimento di

Scienze della Vita

- (1) Da presentare alla Segreteria Didattica del Dipartimento di Scienze della Vita;
- (2) Come indicato nel Regolamento didattico;
- (3) Indicare il Dipartimento o Istituto dove verrà svolta l'attività sperimentale;
- (4) Indicare obbligatoriamente il nominativo della persona che svolgerà funzione di supervisione dell'attività sperimentale;
- (5) Indicare l'Istituto/Dipartimento/Laboratorio e la sua sede, presso il quale verrà svolta l'attività.
- (6) Indicare la data di inizio effettivo dell'internato. Si raccomanda la lettura delle norme reperibili nel sito del Corso di Studio.

.... sottoscritt... dichiara di avere preso visione del Videocorso sulla sicurezza reperibile nella piattaforma Moodle dell'Università di Trieste.

.... sottoscritt..... è a conoscenza delle norme relative allo svolgimento dell'internato, disponibili nell'apposita sezione del Sito del CdS e in particolare della norma per **cui l'esame di laurea non può essere sostenuto prima che siano trascorsi 8 mesi dalla data di inizio effettivo dell'internato** e si impegna a:

- rispettare le norme in materia di igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro;
- mantenere la necessaria riservatezza per quanto attiene ai dati, informazioni o conoscenze acquisiti;
- rispettare gli orari concordati e le norme comportamentali previste nel Dipartimento ospitante;
- seguire le indicazioni del Relatore e Correlatore e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo o altre evenienze;
- mantenere informato il Relatore sull'attività svolta (nel caso in cui l'internato venga svolto in un laboratorio diverso da quello del Relatore);
- assumersi in proprio la responsabilità di tutti gli eventuali danni arrecati alle strumentazioni, alle collezioni e alle strutture del Dipartimento, per imperizia, disattenzione o non rispetto delle norme d'uso. Inoltre, lo studente deve immediatamente segnalare al docente responsabile eventuali difetti di funzionamento delle apparecchiature e al termine del loro utilizzo deve provvedere alla loro pulizia e al riordino delle zone di lavoro.

L'INOSSERVANZA DI QUESTI OBBLIGHI COMPORTA L'IMMEDIATA REVOCA DELL'AUTORIZZAZIONE ALLA FREQUENZA DEI LOCALI DEL DIPARTIMENTO.

Lo studente durante il periodo indicato è coperto dalle seguenti Polizze assicurative:

Infortunati: Compagnia AXA assicurazioni S.p.A n. **8/404324745** scadenza 31/12/2023

Responsabilità civile verso terzi: posizione RCT/O n. **113784483 GROUPAMA ASSICURAZIONI SPA** scadenza 31/12/2023

Data di presentazione: ____ / ____ / ____

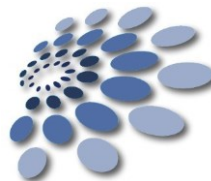
Firma dello studente: _____

Firma del relatore: _____

Firma del correlatore: _____



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TRIESTE**



Dipartimento di

Scienze della Vita

(da compilare in caso di internato svolto in una sede **diversa** dal Dipartimento di Scienze della Vita)

In qualità di Responsabile della Struttura/Direttore di Dipartimento di

**Autorizzo lo/a studente/ssa _____ a
frequentare i locali della Struttura/Dipartimento per lo svolgimento della tesi sperimentale**

Firma del Direttore del Dipartimento/Struttura ospitante _____

Data ____ / ____ / ____

Da compilarsi al termine dell'attività

RICONOSCIMENTO DELL'ATTIVITÀ D'INTERNATO SVOLTA

Corso di Laurea Magistrale in

Si certifica che l... student ha svolto le attività previste dall'Internato
per la preparazione della Tesi Sperimentale, per un totale di CFU pari a _____, di cui CFU _____
svolti nell'ambito di programmi di Mobilità Internazionale

oppure, nel caso le attività siano state svolte all'estero ma non nell'ambito di scambi di mobilità,

Si certifica che l... student..... ha svolto le attività previste dall'Internato
per la preparazione della Tesi Sperimentale, per un totale di CFU pari a _____, di cui CFU _____
svolti all'estero.

Data ____ / ____ / ____

Il relatore
