

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

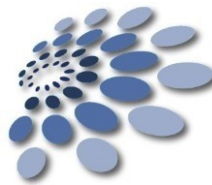
(\* Borse Erasmus o di Mobilità Internazionale)

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:**

Gestione per conto dello Stato (Pat Inail 99992000) e AXA Assicurazioni SPA n. 8/404324745 con scadenza 31/12/2024

Responsabilità civile verso terzi: AXA ASSICURAZIONI, pol. n. 7/409966378 con scadenza 31/12/2024.

Data di presentazione: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

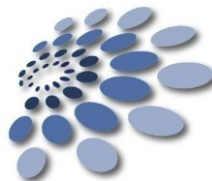
Firma dello studente: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_