



Corsi di Laurea di PSICOLOGIA

tel. +39 040 558 2683 – fax +39 040 5584220

PROGETTO DI TIROCINIO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

(rif. Convenzione n°..... stipulata in data)

Nominativo del tirocinante

nato a il

residente avia.....

codice fiscale

(barrare se trattasi di soggetto portatore di handicap) *si* *no*

Azienda ospitante

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

.....

Tempi di accesso ai locali aziendali

Periodo di tirocinio n° mesi dal al

Tutore (indicato dal soggetto promotore) ...Prof. Giannino Del Sal.

Tutore aziendale

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. 1124/65) e regolamentato dal D.M. 10.10.85.
- Responsabilità civile verso terzi: posizione n. ITCASC03613 ACE European Group Ltd con scadenza il 31/12/2018.



Obiettivi e modalità del tirocinio:

.....
.....
.....
.....
.....

Facilitazioni previste

.....
.....

Crediti Formativi Universitari:/.....

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 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.

....., (data)

Firma per presa visione ed accettazione del tirocinante

.....

Firma per il soggetto promotore:

Il Direttore del Dipartimento di Scienze della Vita

Prof. Giannino Del Sal

.....

Firma per l'azienda

.....