

PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO ai sensi del D.M. 25 marzo 1998 n.142

(rif. Convenzione ______ stipulata in data ______) **Tirocinante** (Cognome – Nome) Nato a il Residente in _____ Via ____ Cod. Fiscale _____ recapito telefonico _____ **Attuale condizione** (barrare la casella) □ Studente universitario iscritto al ___ anno del Corso di Laurea___ in__ matr. presso l'Università degli Studi di Salerno per l'anno accademico con tirocinio curriculare pari a _____ CFU. □in possesso di Laurea in conseguita presso l'Università degli Studi di Salerno in data _____ Indicare il tipo di Laurea: □ Laurea ☐ Laurea Magistrale portatore di Handicap si no Azienda / Ente ospitante: Sede del Tirocinio (stabilimento/reparto/ufficio):

Periodo di tirocinio (max 12 mesi):

al _____

n. mesi _____ dal _____

Tempi di accesso ai locali aziendali:

per totale ore _____



Tutor accademico			
Tutor azienda/ente:	tel	e-mail	
Polizze assicurative: INAL Gestione per conto dello State INAIL (DPR N. 1124/65) e regolamer Infortuni posizione 261044627 Compa Responsabilità Civile Terzi Compagn	ntato dal D.M. 10. agnia Generali		el <u>T.U</u>
Obiettivi e modalità del tirocinio:			
Eventuali facilitazioni previste:			
altre evenienze;Rispettare gli obblighi di riservatezzi	za per quanto attien enda, acquisiti dura	essi su qualsiasi Esigenza di tipo organizzatione ai dati, alle Informazioni e conoscenze in unte e dopo lo svolgimento del tirocinio; ia di igiene e sicurezza.	
Ente / Azienda (timbro e firma)			
Tutor aziendale			
Tutor Accademico	_		
Presidente del Consiglio Didattico e/o Direttore del Dipartimento			
Firma per visione e accettazione del tiro	ocinante		