



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELL'AQUILA
Dipartimento di INGEGNERIA E SCIENZE DELL'INFORMAZIONE E MATEMATICA

SEGRETERIA AMMINISTRATIVA PER LA DIDATTICA

PARTE RISERVATA
ALL'UNIVERSITA'

DATA DI RICEVIMENTO: _____

Prot. N. _____

ALLEGATO 1

alla Convenzione per lo svolgimento di attività di tirocinio e di orientamento (ai sensi dell'art. 18 L.196/97 e dell'Art. 1 Decreto Ministero del Lavoro e Previdenza Sociale N. 142/98 e della Legge 148 del 14/09/2011) per studenti, laureati e diplomati del Dipartimento di Ingegneria, Scienze dell'Informazione e Matematica dell'Università degli Studi dell'Aquila.

PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

Nominativo del tirocinante _____

Nato a _____ **Prov.** _____ **il** ____/____/____

Residente in _____ **Prov.** (____)

Codice fiscale _____

Telefono _____

Attuale condizione (barrare la casella – possibilità di doppia scelta):

☐ **Studente Corso di Laurea in:** _____

☐ **Diplomato. Diploma universitario in:** _____
(entro 12 mesi dal diploma)

☐ **Laureato. Laurea in:** _____
(entro 12 mesi dalla laurea)

☐ **Dottorato di ricerca in:** _____

☐ **Scuola o corso di perfezionamento o specializzazione in:** _____

Barrare se trattasi di soggetto portatore di handicap:

Si ☐

No ☐

Ente/Azienda ospitante _____

Luogo di effettuazione del tirocinio _____



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELL'AQUILA
Dipartimento di INGEGNERIA E SCIENZE DELL'INFORMAZIONE E MATEMATICA

SEGRETERIA AMMINISTRATIVA PER LA DIDATTICA

Settore di inserimento _____

Tempi di accesso ai locali aziendali _____

Periodo di tirocinio n. _____ mesi dal _____ al _____
(con possibilità di proroga entro i limiti massimi previsti dalla normativa vigente)

numero ore di tirocinio _____ **per il conseguimento di n.** _____ **CFU**

Tutore universitario _____

Telefono _____

Tutore aziendale: _____

Telefono _____

Polizze assicurative:

Copertura assicurativa per rischio responsabilità civile terzi:

Compagnia assicurativa:

UNIPOLSAI n.65 / 102965221

Scadenza polizza: 30 aprile 2018

Copertura assicurativa per rischio infortuni:

Compagnia assicurativa:

Copertura da polizza HARMONIE MUTUELLE n.100015

Scadenza polizza: 30 aprile 2018

Posizione INAIL:

Copertura assicurativa "in conto Stato" ex art. 2 D.P.R. N. 156 del 9.04.1999

Obiettivi del tirocinio:

Modalità:

Facilitazioni previste: sussidio di formazione e servizi aziendali (mensa)



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELL'AQUILA

Dipartimento di INGEGNERIA E SCIENZE DELL'INFORMAZIONE E MATEMATICA

SEGRETERIA AMMINISTRATIVA PER LA DIDATTICA

Obblighi del tirocinante:

- Seguire le indicazioni dei tutor e fare riferimento ad essi su qualsiasi esigenza di tipo organizzativo ed altre evenienze;
- Rispettare gli obblighi di riservatezza per quanto attiene ai dati, informazioni e conoscenze in merito all'attività di ricerca dell'Ente/Azienda, acquisiti durante e dopo lo svolgimento del tirocinio;
- Rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza;
- Inviare al Dipartimento di Ingegneria, Scienze dell'Informazione e Matematica dell'Università degli Studi dell'Aquila, mensilmente, le presenze effettive presso l'Azienda rilevate da una scheda che viene consegnata dall'Azienda stessa all'atto della compilazione del presente Progetto.

Ai sensi degli artt. 10 e seguenti della legge 675/ 96, sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, con la sottoscrizione il tirocinante esprime il suo consenso a che i suoi dati personali vengano comunicati all'Università 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.

L'Aquila,

Firma per visione e accettazione del tirocinante

Dipartimento di Ingegneria, Scienze dell'Informazione e Matematica dell'Università degli Studi di L'Aquila
Il Tutor

L'Ente/Azienda¹

Il Tutor aziendale

Il Direttore del Dipartimento di Ingegneria e Scienze dell'Informazione e Matematica.
Prof. Guido Proietti

¹ Timbro e firma dell'Azienda



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELL'AQUILA
Dipartimento di INGEGNERIA E SCIENZE DELL'INFORMAZIONE E MATEMATICA

SEGRETERIA AMMINISTRATIVA PER LA DIDATTICA

(da compilare a cura dell'Azienda)

Ente/Azienda

Codice Fiscale Ente/Azienda

Tirocinante:

Cognome.....**Nome**.....

(Codice identificativo tirocinio: Dipartimento, Corso di Laurea o diploma, anno, n progressivo, altro)

.....

Periodo del tirocinio:

dal.....**al**

Per un totale diore

Sede di svolgimento del tirocinio.....

Descrizione Attività svolta

.....

.....

.....

.....

Si attesta che il/la Sig.....

Ha effettuato i compiti affidatigli conseguendo il seguente risultato :

.....

.....

.....

Data

Firma del tutor aziendale

.....



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELL'AQUILA
Dipartimento di INGEGNERIA E SCIENZE DELL'INFORMAZIONE E MATEMATICA

SEGRETERIA AMMINISTRATIVA PER LA DIDATTICA

da compilare a cura dell'Università)

Previa effettuazione di opportune verifiche e colloquio svoltosi in data

Si attesta che il

Tirocinante:

Cognome **Nome**

Ha svolto il tirocinio con esito

.....

Firma del Tutor universitario

.....

Crediti formativi riconosciuti

.....

Firma del responsabile della struttura didattica competente

(Presidente del Consiglio di Corso di Studio)

.....

L'Aquila lì _____