Domanda da consegnare all’U.O. Didattica e Servizi agli Studenti

del Labo-Biotech (per BMF, BIPP, BIAA, BIA E BMMM) o del DiSSPA (per BQSA)

**RICHIESTA PER IL CONSEGUIMENTO DEI CFU A SCELTA**

**MEDIANTE LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA DI LABORATORIO/TIROCINIO VOLONTARIO**

Il Sottoscritto (cognome e nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritto al Corso di Laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anno di Corso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matricola n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di poter frequentare il laboratorio del Dott./Prof.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso il Dipartimento di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dell’Università/Ente/Azienda\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per poter conseguire n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ crediti a scelta per un totale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore di attività

di laboratorio/tirocinio volontario, come previsto dal Manifesto degli Studi, per l'attività descritta

nell'Allegato 1.

DICHIARA

• di non essere in rapporti di parentela fino al 40 grado con il titolare/rappresentante legale/direttore tecnico/ socio/socio accomandatario, ovvero chiunque abbia poteri di rappresentanza dell’azienda/struttura ospitante;

• di non avere rapporti di lavoro con l’azienda/struttura ospitante.

Bari,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dello Studente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Visto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma del Docente o del Tutor aziendale)

Presa visione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma del Coordinatore del Consiglio Interclasse)

**NOTE:**

* ***1 CFU a scelta per attività di laboratorio/tirocinio volontario equivale a 12 ore;***
* ***per quanto concerne la firma del Coordinatore del Consiglio Interclasse di Biotecnologie, occorre consegnare la richiesta presso la U.O Didattica e Servizi agli Studenti del Dipartimento di afferenza del CdL (Labo-Biotech per BMF, BIPP, BIAA, BMMM e BIA, DiSSPA per BQSA;***
* ***per il riconoscimento dei CFU a scelta per attività di laboratorio, il Docente dovrà rilasciare, al termine, un attestato di frequenza (vedi facsmile sul sito www.biotec.uniba.it) su carta intestata del proprio Dipartimento, che dovrà essere consegnato, a cura dello studente presso la U.O. della Didattica e Servizi agli Studenti del Dipartimento di afferenza del CdL.***

**ALLEGATO 1**

# PROGETTO DI ATTIVITA’ DI LABORATORIO/TIROCINIO VOLONTARIO

RICHIEDENTE

Nominativo dello studente…….. ...........................................matricola ..........................................

Nata/o a ..................... il…............................. Residente in..................................................

alla via ………………………….......Codice fiscale: ......................................................................

SOGGETTO OSPITANTE

Dipartimento dell'Università di Bari ................................................................................................

Dipartimento di altra Università (\*) ................................................................................................

Ente/Azienda (\*) ................................................................................................

(\*) *Nel caso in cui si debba svolgere attività di laboratori/tirocinio volontario presso altra Università/Ente*

*o Azienda deve essere stipulata apposita convenzione da presentare contestualmente alla presente domanda*.

Sede dell’attività: ................................................................................................

Periodo dell'attività: ................................................................................................

Tutor del soggetto ospitante ...............................................................................................

Polizze assicurative del richiedente:

Infortuni sul lavoro INAIL posizione n. D.P.R. 1124 del 30.6.1965

Responsabilità civile: polizza assicurativa n. ITCANB19817 Assicurazioni Ace European Group;

Rischi infortuni: polizza assicurativa n. 100.026 Assicurazioni Harmonie Mutuelle – sede Italia;

Validità dal 01/07/2015 al 28/02/2019.

**Obiettivi e modalità dell'attività di laboratorio/tirocinio volontario:**

(*indicare il titolo del progetto e le attività previste nel limite dello spazio qui di sotto*)

Obblighi dello studente:

* seguire le indicazioni del tutor a cui fare riferimento per qualsiasi esigenza o evenienza;
* rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi, prodotti od altre notizie relative all’azienda di cui venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento dell'attività;
* rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza.

Data, .............................................

Firma dello studente …………………………………………......................

Firma del Tutor ospitante …………………………………………......................

Firma del Coordinatore del Consiglio Interclasse …………………………………………......................