**ALLEGATO 1**

# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BARI ALDO MORO

*DIPARTIMENTO DI BIOSCIENZE, BIOTECNOLOGIE E AMBIENTE (DBBA)*

## MODULO DI DOMANDA PER TIROCINIO CONCORDATO

- ❑ BIOTECNOLOGIE MEDICHE E FARMACEUTICHE
- ❑ BIOTECNOLOGIE PER L'INNOVAZIONE DI PROCESSI E DI PRODOTTI
- ❑ BIOTECNOLOGIE MEDICHE E MEDICINA MOLECOLARE
- ❑ BIOTECNOLOGIE INDUSTRIALI E FARMACEUTICHE
- ❑ BIOTECNOLOGIE INDUSTRIALI E AMBIENTALI
- ❑ BIOINFORMATICA

| | |
|---|---|
| Il sottoscritto (Cognome e Nome) | |
| Data e luogo di nascita | |
| Residenza | |
| Domicilio (se diverso dalla residenza) | |
| Cell. | |
| e-mail | |
| Iscritto al CdL in | |

Presa visione del:

- Piano di studi del Corso di Laurea
- Regolamento sui Tirocini dell'Università di Bari Aldo Moro e Linee guida presenti sul sito del Dipartimento DBBA;

**CHIEDE**

di poter effettuare il tirocinio *(barrare la forma prescelta)*

- ❑ presso l'Ente/Azienda ospitante _____ già convenzionata
- ❑ presso l'Ente/Azienda ospitante _____ che intende convenzionarsi*
- ❑ presso la struttura accademica dell'Università di Bari _____
- ❑ presso la struttura accademica_____ dell'Università di_____

*la proposta di convenzione e deve essere presentata contestualmente alla presente domanda

**DICHIARA**

- di aver sostenuto e superato, a tutt'oggi, gli esami di profitto elencati sul retro per un totale di CFU ..... e di aver riportato il seguente voto medio ponderato : ..... /30
- di non essere in rapporti di parentela fino al $4^0$ 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
- di aver concordato il tirocinio con:

**Da compilare in caso di tirocinio concordato con Dipartimento Universitario:**

| | |
|---|---|
| Prof/ Dott | |
| Docente di | |
| presso il Dipartimento di | |
| Dell'Università degli Studi di | |
| Tel/e-mail | |
| | |

**Da concordare in caso di tirocinio concordato con Azienda/Ente:**

| | |
|---|---|
| Prof/ Dott | |
| Denominazione Azienda /Ente | |
| Indirizzo/CAP/Città | |

| | |
|---|---|
| Tel/e-mail | |
| | |
| | |
| | |
| C.F./P. IVA | |

# PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

(Allegato 1 alla Convenzione stipulata in data _____ )

LE DOMANDE COMPILATE A MANO NON SARANNO ACCETTATE

Nominativo del tirocinante Dott. .....matricola .....
Nata/o a ..... il ..... residente in .....
Codice fiscale: .....
Attuale condizione: (barrare le caselle)

| | | | |
|---|---|---|---|
| studente scuola secondaria superiore | ☐ | universitario | ☐ |
| frequentante corso post-diploma | ☐ | Post-laurea | ☐ |
| allievo della formazione professionale | ☐ | Disoccupato/in mobilità | ☐ |
| inoccupato | ☐ | Barrare se trattasi di soggetto portatore di handicap | ☐ |

Soggetto ospitante:.....
Indirizzo della struttura ospitante: .....
Tempi di accesso ai locali del soggetto ospitante (giornate settimanali): dal …….al ……..
dalle ore ..….. alle ore ……(Es. dal lunedì al venerdi/sabato …dalle ore….alle ore……)
Periodo del tirocinio:……..
Tutor accademico (sarà indicato dalla commissione tirocini)
Tutore del soggetto ospitante: .....

Polizze assicurative:
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: 2021/05/3003083-Compagnia di Assicurazioni Reale Mutua.

**Obiettivi e modalità del tirocinio formativo curricolare:**
(*indicare il titolo del progetto formativo e le attività previste nel limite dello spazio qui di sotto*)

_____
_____
_____
_____
_____
_____

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 del tirocinante …….....

Firma del Tutor ospitante …….....

Firma per il soggetto promotore - Il Direttore del DBBA …….....

Firma e timbro del soggetto ospitante – Il Rappresentante Legale della Struttura ospitante……..

| Spazio riservato alla Segreteria didattica del Dipartimento presso il Labo-Biotech | Spazio riservato alla Commissione Tirocini del Consiglio Interclasse di Biotecnologie |
|---|---|
| Ricevuta il | Ricevuta il |
| Trasmessa alla Commissione il | Esaminata il |
| Ritirata/trasmessa al tirocinante il | Trasmessa al Dipartimento il: |

AUTOCERTIFICAZIONE DEGLI ESAMI SOSTENUTI E SUPERATI DALLO STUDENTE____________________________________________

| CFU | Disciplina | Data | Voto |
|---|---|---|---|