

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^o 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	<input type="checkbox"/>	universitario	<input type="checkbox"/>
frequentante corso post-diploma	<input type="checkbox"/>	Post-laurea	<input type="checkbox"/>
allievo della formazione professionale	<input type="checkbox"/>	Disoccupato/in mobilità	<input type="checkbox"/>
inoccupato	<input type="checkbox"/>	Barrare se trattasi di soggetto portatore di handicap	<input type="checkbox"/>

Soggetto ospitante:.....

Indirizzo della struttura ospitante:

Tempi di accesso ai locali del soggetto ospitante (giornate settimanali): dalal
dalle ore alle ore(Es. dal lunedì al venerdì/sabato ...dalle ore....alle ore.....)

Periodo del tirocinio:.....

Tutor accademico (sarà indicato dalla commissione tirocini)

Tutore del soggetto ospitante:

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

Responsabilità civile: polizza n. 409967981 - Compagnia di Assicurazioni AXA

Rischi Infortuni: polizza n. 409987050 - Compagnia di Assicurazioni AXA

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.....

