

**PROGETTO FORMATIVO PER TIROCINIO DI FORMAZIONE ED ORIENTAMENTO CURRICULARE  
(INTERNO – LABORATORIO UNIVERSITARIO)**

**TIROCINANTE**

Cognome ..... Nome ..... matricola n° .....  
nato a ..... il ..... codice fiscale .....  
residente in: città ..... prov. .... indirizzo .....  
cellulare ..... e-mail .....

**POSIZIONE UNIVERSITARIA DEL TIROCINANTE**

Studente iscritto al ..... anno del corso di <sup>1</sup> ..... a.a. ....  
in <sup>2</sup> .....  
(barrare se trattasi di soggetto portatore di handicap)

Soggetto ospitante <sup>3</sup> .....

Sede/i del tirocinio (laboratorio) <sup>4</sup> .....

Tempi di accesso ai locali <sup>5</sup> .....

Periodo di tirocinio mesi <sup>6</sup> ..... dal ..... al .....

Tutor (docente referente) <sup>7</sup> .....

Polizze assicurative:

- Infortuni sul lavoro INAIL posizione n. D.P.R. 1124 del 30 6 1965. Codice ditta 5762761
- Responsabilità Civile: polizza assicurativa n. 409967981 con la Compagnia di Assicurazioni AXA con scadenza al 30.06.2027
- Rischi Infortuni: polizza assicurativa n. 409987050 con la Compagnia di Assicurazioni AXA con scadenza al 30.06.2027

Obiettivi e modalità del tirocinio <sup>8</sup> .....

Eventuali agevolazioni <sup>9</sup> .....

Obblighi del tirocinante:

- seguire le indicazioni e fare riferimento per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze al docente tutor;
- rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotti od altre notizie di cui venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio;
- rispettare i regolamenti universitari e le norme in materia di igiene e sicurezza.

Data .....

Firma per presa visione ed accettazione del tirocinante <sup>10</sup> .....

Firma del docente tutor <sup>11</sup> .....

Firma del Coordinatore del Consiglio Interclasse <sup>12</sup> .....

### NOTE PER LA COMPILAZIONE

- 1** Specificare se trattasi di Laurea Triennale, Laurea Specialistica, Laurea Magistrale, Ciclo Unico o Vecchio Ordinamento, Master, Dottorato di Ricerca, Scuola di Specializzazione di area non medica o Corso di Perfezionamento.
- 2** Denominazione del Corso.
- 3** Indicare il nome del Dipartimento presso cui afferisce il laboratorio.
- 4** Indicare il laboratorio dove si svolgerà il tirocinio.
- 5** Indicare, ai fini della copertura assicurativa, i tempi di accesso al laboratorio, specificando i giorni della settimana e l'orario giornaliero.
- 6** Massimo 12 mesi proroghe comprese. Massimo 24 mesi per i portatori di handicap.
- 7** Cognome e nome del docente Tutor.
- 8** Indicare in maniera sintetica la/le attività che verranno svolte durante il tirocinio.
- 9** Se sono previste agevolazioni (es. buoni pasto, buoni benzina, etc.), indicarle nello spazio contrassegnato.
- 10** Firma del soggetto/studente che svolgerà il tirocinio.
- 11** Firma del docente tutor.
- 12** Firma del Coordinatore del Consiglio Interclasse al quale il CdS afferisce.

Lo/a studente/essa dovrà compilare il presente modulo ed inviarlo a: [domenico.carbonara2@uniba.it](mailto:domenico.carbonara2@uniba.it)