**PROGETTO FORMATIVO**

(rif. Convenzione1 n. …… stipulata in data .…../..…/…..)

**Cognome e nome del tirocinante** …………………………………………………………..

codice fiscale…………………………..……. nato a …………………… il ..…/……/……..

residente a…………………………………… via/piazza………………….n…………………

cellulare ……………………………………… e-mail ………………………………………….

Corso di Studio ………………………………………………………………………………….

Soggetto disabile 2 SI NO

**Ente/Azienda ospitante/ Libero professionista**..........…………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

Sede amministrativa …………………………………………………………………………………….

P.IVA……………………………………………………… Cod. Fiscale…………………………………

Sito web…………………………………………………………………………………………………….

Attività preminente………………………………………………………………………………………

Numero dipendenti a tempo indeterminato 3……………………………………………………

Aree di interesse aziendale per i tirocini 4:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ambiti per i corsi di laurea triennali | * ………… * ………… * ………… | * ………… * ………… * ………… | * ………… * ………… * ………… | * ………… * ………… * ………… |
| Ambiti per i corsi di laurea magistrali | * ………… * ………… * ………… | * …………… * …………… * …………… | * ………… * ………… * ………… | * ………… * ………… * ………… |

Progetto: Obiettivi e modalità del tirocinio (descrizione delle attività): …………………….………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………...…………………

Settore aziendale di inserimento del tirocinante 5…………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………….

Sede/i del tirocinio (stabilimento/reparto/ufficio) 6:……………………….. …………………………… ..…………………………………………………………………………………………………..………….

Tempi di accesso ai locali aziendali 7: …………………………………………………………………..

Totale ore settimanali di tirocinio previste 8: ……………………………………………...

Periodo di tirocinio 9 n. ……. mesi dal ……/……./……. al ……/……./…….

Tutor universitario: Prof. Angelo Venchiarutti

(contatti: tel. 040 558/7093 e-mail: avenchiarutti@units.it)

Tutor aziendale: …………………………………........................................................................

Posizione ricoperta………………………………………………………………………………………

(contatti: tel.…………………………………..., e-mail…………………………………………..…….)

Crediti formativi universitari 10 CFU

Facilitazioni previste (es. borse di studio, mensa, alloggio, rimborso spese, ecc.):

…………………………………………………………………………………………………………….

**Polizze assicurative** 11**:**

* Infortuni sul lavoro INAIL: gestione per conto dello Stato prevista dal combinato disposto dagli artt. 127 e 190 del T.U. INAIL (DPR N. 124/65) e regolamentato dal D.M. 10.10.85
* Polizza Infortuni: AXA n.8/404324745.Scadenza: 31/12/2024
* Polizza assicurativa per la Responsabilità Civile: compagnia AXA, n. 7/409966378. Scadenza: 31/12/2024

Trieste, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per l’ente ospitante (firma e timbro)

.................................................................................

Il tirocinante ..........................................................

Per l’Università degli Studi di Trieste

Prof./prof.............................................................