



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "TOR VERGATA"

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Scienze Motorie Coordinatore Prof. Antonio Lombardo

Corso di Laurea in Scienze e Tecniche dello Sport Coordinatore Prof. Stefano D'Ottavio

Corso di Laurea in Scienze e Tecniche delle Attività Motorie Preventive e Adattate Coordinatore Prof.ssa M. Adelaide Marini

Corso di Laurea in Physical Activity and Health Promotion Coordinatore Prof.ssa Paola Sinibaldi

PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO ART.4, COMMA 2 DEL D.M. N°142 DEL 25 MARZO 1998 (rif. Convenzione del)

Nominativo del tirocinante:	
Nato a:	il
Residente in:	Via
Codice Fiscale:	
Recapito telefonico:	e-mail:
(barrare se trattasi di soggetto portatore di handicap) <input type="checkbox"/>	

Attuale condizione (barrare la casella):	
• studente universitario del Corso di Laurea in	<input type="checkbox"/>
• studente frequentante dottorato di ricerca in.....	<input type="checkbox"/>
• studente frequentante la Scuola di Specializzazione in	<input type="checkbox"/>
• studente frequentante il Corso di perfezionamento in	<input type="checkbox"/>
• studente frequentante il Master in	<input type="checkbox"/>

Azienda ospitante:
Numero di dipendenti assunti a tempo indeterminato:.....
Sede del tirocinio:
Tempi di accesso ai locali aziendali: (specificare giorni della settimana ed orari)
Periodo di tirocinio n° mesi : dal al
(Con possibilità di proroga entro i limiti previsti dalla normativa vigente)

Tutor Universitario:	Riferimento telefonico:	Qualifica:
Tutor Aziendale:	Riferimento telefonico:	

Obiettivi e modalità del tirocinio: (breve descrizione dell'attività)

Facilitazioni previste (indicare l'esatto ammontare di eventuali rimborsi forfetari, buoni pasto ecc.)

--



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "TOR VERGATA"

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Scienze Motorie Coordinatore Prof. Antonio Lombardo

Corso di Laurea in Scienze e Tecniche dello Sport Coordinatore Prof. Stefano D'Ottavio

Corso di Laurea in Scienze e Tecniche delle Attività Motorie Preventive e Adattate Coordinatore Prof.ssa M. Adelaide Marini

Corso di Laurea in Physical Activity and Health Promotion Coordinatore Prof.ssa Paola Sinibaldi

Polizze assicurative:

Infortunati sul lavoro INAIL (gestione per conto) D.M. del 10.10.1985 e art. 2 del D.P.R. del 09.04.1999 n. 156

Infortunati polizza GERAS n. 54655885

Responsabilità civile polizza GERAS n° 54655884

Obblighi del tirocinante:

- Seguire le indicazioni dei tutor e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze, impegnandosi a svolgere il programma concordato con l'Azienda e riportato nel progetto formativo e di orientamento con puntualità, serietà e precisione;
- 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.

Ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003 sulla protezione dei dati personali, con la sottoscrizione il tirocinante esprime il suo consenso a che i suoi dati personali vengano comunicati all'Azienda limitatamente ai trattamenti connessi alle finalità del presente rapporto di tirocinio. La sottoscrizione del presente modello comporta anche il consenso del tirocinante al trattamento dei suoi dati personali nel senso sopraindicato.

Roma,

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI ROMA "TOR VERGATA"

Il Presidente del Corso di Laurea Triennale in/ il Presidente del Corso di Laurea Specialistica in/ il Presidente del Corso di Laurea specialistica a Ciclo Unico/il Direttore del Master in/il Direttore della Scuola di Specializzazione in/il Direttore del Dottorato di Ricerca in.....(Prof.....)

.....

(RAGIONE SOCIALE DELL'AZIENDA)

Il Rappresentante legale (.....)

.....

Firma per presa visione ed accettazione del tirocinante

(.....).....