



# Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

University of Rome TOR VERGATA

FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA- Corso di Laurea in Scienze Motorie  
Presidente Prof. Sergio Bernardini

## PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO PER TIROCINI CURRICULARI DIDATTICI (ART.4, COMMA 2 DEL D.M. N°142 DEL 25 MARZO 1998)

<b>Cognome e Nome tirocinante:</b>	<b>matr.</b>	<b>CFU</b>	<b>( ore) previsti sul PdS</b>
<b>Nato a:</b>	il		
<b>Residente in:</b> Via	n.	CAP	Città
<b>Codice Fiscale:</b>			
<b>Recapito telefonico:</b> fisso	cell.	☒:	<input type="checkbox"/>
(barrare se trattasi di soggetto portatore di handicap)			

<b>Attuale condizione :</b>	<b>Studente universitario del Corso di Laurea (barrare la casella):</b>	
• <b>TRIENNALE</b> <input type="checkbox"/>	<b>MAGISTRALE/SPECIALISTICA</b> <input type="checkbox"/>	
• <b>CODICE CORSO:</b> .....		
• <b>In.....(specificare titolo del corso)</b>		
• <b>Inoccupato</b> <input type="checkbox"/>	<b>disoccupato</b> <input type="checkbox"/>	<b>occupato</b> <input type="checkbox"/> (n. ___ ore settimanali)
<i>(Obbligatorio barrare una casella)</i>		
<i>Inoccupato= mai contratto      disoccupato= contratti in precedenza      Occupato=attualmente sotto contratto</i>		

<b>Azienda ospitante (con ragione sociale ed indirizzo):</b>
<b>Numero di dipendenti assunti a tempo indeterminato (autocertificazione azienda):</b>
<b>Sede del tirocinio (specificare indirizzo completo anche sedi diverse):</b>
<b>Tempi di accesso ai locali aziendali (giorni e orari es. lun-ven dalle ore alle ore):</b> <b>(per max 8ore/giorno – max 40h/sett totali secondo esigenze studente/azienda/Ente ospitante)</b>
<b>Periodo di tirocinio mesi n° ____ :</b> <b>dal gg/mm/aaaa</b> <b>al gg/mm/aaaa</b>
<small>Con possibilità di proroga entro i limiti previsti dalla normativa vigente</small>

<b>Tutor Universitario:</b>	<b>Tel.</b>	<b>Qualifica:</b>
<b>Tutor Aziendale:</b>	<b>Tel.</b>	☒

<b>Obiettivi e modalità del tirocinio (breve descrizione):</b>

<b>Facilitazioni previste:</b> (indicare l'esatto ammontare di eventuali rimborsi forfetari, buoni pasto ecc.)
---



**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 **UnipolSai** n. 77/149949019  
Responsabilità civile polizza **UnipolSai** n. 65/149948891

**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.*

**In caso di proroga, la relativa richiesta dovrà pervenire alla Segreteria del Corso di laurea almeno 10 giorni prima del termine dell'attività, ai fini del prolungamento della copertura assicurativa.**

Roma,

**L'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI ROMA "TOR VERGATA"**  
**Il Presidente del Corso di Laurea**  
**Prof. Sergio Bernardini**

.....

**L'azienda ente ospitante**  
**Il Rappresentante legale**

.....

**Firma per presa visione ed accettazione del tirocinante**

.....