



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

**Nominativo del tirocinante:**  
**matricola:** \_\_\_\_\_ **CFU: .....** (previsti sul PdS)  
Nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in: \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_  
Recapito telefonico: \_\_\_\_\_ ☒: \_\_\_\_\_ ☐  
(barrare se trattasi di soggetto con disabilità) \_\_\_\_\_ ☐

**Attuale condizione** (barrare la casella):

- studente universitario del Corso di Laurea triennale/magistrale/specialistica in ..... cod.Corso: ☐
- studente frequentante dottorato di ricerca in..... ☐
- studente frequentante la Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_ ☐
- studente frequentante il Corso di perfezionamento in \_\_\_\_\_ ☐
- studente frequentante il Master in ..... ☐
- inoccupato ☐ disoccupato ☐ occupato ☐  
(*Obbligatorio barrare una casella*)
- *Inoccupato= mai contratto*      *disoccupato= contratti in precedenza*      *Occupato=attualmente sotto contratto*

**Azienda ospitante** (*ragione sociale e indirizzo*):  
Numero di dipendenti assunti a tempo indeterminato: .....  
**Sede del tirocinio** (*indirizzo completo*):  
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)

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

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

  
  
  
  
  

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



**Polizze assicurative:**

Infortuni 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  
Responsabilità civile polizza n. 65/149948891 compagnia UnipolSai.  
Altro: Infortuni cumulativa polizza n. 77/149949019 compagnia UnipolSai.

**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.

Al link <http://utov.it/s/privacy> il tirocinante trova "L'informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 per gli utenti che intendono iscriversi alle prove di ammissione e agli esami di stato, per gli utenti che intendono immatricolarsi ai corsi di studio e per gli studenti, laureandi, laureati, specializzandi, tirocinanti e dottorandi dell'Ateneo". Con la sottoscrizione il tirocinante dichiara di aver preso visione dell'informativa sopracitata ed 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. Si fa presente che il tirocinante che non da il consenso a che i suoi dati personali vengano comunicati all'Azienda limitatamente ai trattamenti connessi alle finalità del presente rapporto di tirocinio, non può prendere parte all'attività di tirocinio.

Eventuali variazioni dei dati riportati nel presente documento (sede del tirocinio, trasferte, interruzione anticipata, tutors, obiettivi e modalità), dovranno essere comunicate, dall'Azienda/Ente ospitante **almeno 10 giorni prima**, via fax o mail, all'Ufficio Tirocini della Facoltà/Macroarea di ...../alla Segreteria del Master in ...../alla Segreteria del Dottorato in ...../alla Segreteria della Scuola di Specializzazione in .....

In caso di proroga, la relativa richiesta dovrà pervenire all'Ufficio Tirocini della Facoltà/Macroarea di ...../alla Segreteria del Master in ...../alla Segreteria del Dottorato in ...../alla Segreteria della Scuola di Specializzazione in ..... almeno 10 giorni prima del termine dell'attività, ai fini del prolungamento della copertura assicurativa.

Roma,

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI ROMA "TOR VERGATA"**

Il Direttore del Dipartimento di ...../ Presidente del Corso di Laurea Triennale in/Presidente del Corso di Laurea Specialistica in/Presidente del Corso di Laurea Specialistica a Ciclo Unico in/Presidente del Corso di Laurea Magistrale in/Presidente del Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in/Direttore del Corso di Perfezionamento in/Direttore del Master in/Direttore della Scuola di Specializzazione in/Coordinatore del Dottorato di Ricerca in.....(Prof.....)

**(RAGIONE SOCIALE DELL'AZIENDA)**

Il Rappresentante legale (.....)

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

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

Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 per gli utenti che intendono iscriversi alle prove di ammissione e agli esami di stato, per gli utenti che intendono



**TOR VERGATA**  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA

immatricolarsi ai corsi di studio e per gli studenti, laureandi, laureati, specializzandi, tirocinanti e dottorandi dell'Ateneo" che si trova al link <http://utov.it/s/privacy> e acconsento che i miei dati personali vengano comunicati all'Azienda limitatamente ai trattamenti connessi alle finalità del presente rapporto di tirocinio.

PRESTA IL CONSENSO

NEGA IL CONSENSO

**Firma del tirocinante**

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