



**PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO**

**TIROCINIO CURRICOLARE (esterno)**

ART. 4, COMMA 2 DEL D.M. N°142 DEL 25 MARZO 1998

(rif. Convenzione n. \_\_\_\_\_ stipulata in data \_\_\_\_\_)

<b>Nominativo del tirocinante:</b>		
Nato/a a _____ (prov. di _____) il _____		CFU ____ ( ____ ore) previsti su PdS
Residente in _____	Via _____	cap. _____ Prov. _____
Codice Fiscale _____	e-mail: _____	
Recapito telefonico: (barrare se trattasi di soggetto portatore di handicap)		
<i>Titolo di studio (laurea o altro titolo di livello universitario o post laurea):</i> conseguito il _____		
<b>Attuale condizione</b> ( <i>barrare la casella</i> ): Studente frequentante il Master in _____		
<input type="checkbox"/> Inoccupato	<input type="checkbox"/> disoccupato	<input type="checkbox"/> occupato
<i>(Obbligatorio barrare una casella)</i>		
<i>Inoccupato= mai contratto    disoccupato= contratti in precedenza    Occupato=attualmente sotto contratto</i>		
<b>AZIENDA/ENTE OSPITANTE</b> ( <i>Ragione sociale e indirizzo</i> ): _____		
<b>Numero di dipendenti assunti a tempo indeterminato</b> ( <i>autocertificazione azienda</i> ): _____		
<b>Sede del tirocinio:</b> _____		
<b>Tempi di accesso ai locali aziendali:</b> <i>(gg e orari per max 8ore/giorno – max 40h/sett totali secondo esigenze studente/azienda/Ente ospitante)</i>		
<b>Periodo di tirocinio mesi n° _____ :</b> <b>dal</b> _____ <b>al</b> _____ (Con possibilità di proroga entro i limiti previsti dalla normativa vigente)		
<b>Tutor Universitario: Prof.</b>	tel. 06.7259.	Qualifica:
<b>Tutor Aziendale:</b>	tel.	
<b>Obiettivi e modalità del tirocinio:</b> ( <i>breve descrizione dell'attività</i> ) _____		

**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

Polizza RCTO n. **65/149948891** compagnia UnipolSAI

Polizza Infortuni cumulativa 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.

*Ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003 e ai sensi del "Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati" ("GDPR"), 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.*

**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 mail alla Segreteria e al Direttore del Master. In caso di proroga, la relativa richiesta dovrà pervenire alla Segreteria del Master 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 Master,**

.....

**Rappresentante legale**

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

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

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