

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PERUGIA
DIPARTIMENTO DI MATEMATICA E INFORMATICA
CdLM in MATEMATICA - TIROCINIO ESTERNO

**MODULO DI RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE DEL
PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO di TIROCINIO ESTERNO**

Dati del Soggetti Ospitante:

Ragione sociale _____

Sede legale in (Città, provincia e indirizzo) _____

Pec: _____

Dati tirocinante

Matricola _____ Cognome _____ Nome _____

Attualmente iscritto all'anno _____ del curriculum _____

Nato a _____ il ____/____/____ Residente a _____

Provincia (____) in via _____ n. ____ Tel. _____

e-mail _____ Codice Fiscale _____

Voto di Laurea Triennale _____ Data conseguimento Laurea _____

Cittadinanza: Italiana; Paese UE; Paese non appartenente all'Unione Europea

Solo per i cittadini extracomunitari:

Permesso di soggiorno/Carta di soggiorno n. _____

Rilasciata il _____ Data scadenza _____ Per motivi di _____

Attuale condizione (barrare la casella)

- studente universitario CdL Triennale
- studente universitario CdL Magistrale
- crediti a scelta

(barrare se trattasi di soggetto portatore di handicap) **SI** **NO**

Durata:

Numero ore complessive _____ 150 _____ CFU da acquisire _____ 6 _____

Periodo di svolgimento: dal ____/____/____ al ____/____/____

*La data di inizio tirocinio deve essere successiva di almeno 15gg
rispetto alla consegna del modulo alla Segreteria Didattica*

Giorni e fasce orarie per i quali si chiede l'autorizzazione a svolgere le ore di tirocinio:

(all'interno di questi giorni e fasce orarie, il tirocinante può segnare le ore di tirocinio)

lun mar mer gio ven

mattino dalle ore _____ alle ore _____

pomeriggio dalle ore _____ alle ore _____

(minimo 1h di pausa pranzo)

Sede di svolgimento del tirocinio:

Via _____ n. _____

Comune _____ (Provincia) (____) Cap. _____

Modalità rilevazione presenze: registro presenze che verrà consegnato dalla Segreteria.

Tutor del Soggetto promotore (Dipartimento di Matematica e Informatica):

Prof.ssa Giuliana Fatabbi

Tutor aziendale designato dal Soggetto ospitante:

Titolo professionale (Es: Avv., Rag., Ing., ecc) _____ Nome _____

Cognome _____ Tel. _____ e-mail _____

Polizze assicurative:

Infortuni sul lavoro INAIL: Gestione per conto dello Stato

Responsabilità civile: AXA ASSICURAZIONI SpA - polizza n. 406283501 – durata: 31.12.2020 al 31.12.2023

Obblighi del tirocinante:

Il tirocinante dichiara di assumersi l'obbligo di:

- svolgere le attività oggetto del tirocinio, stabilite dal soggetto promotore e previste dal progetto formativo e di orientamento;
- rispettare le indicazioni del tutore aziendale e del tutore didattico;
- frequentare l'Azienda/Ente ospitante nei tempi e con le modalità previste dal progetto formativo, rispettando gli orari e l'ambiente di lavoro, le regole e i modelli di comportamento aziendali concordati;
- compilare il registro presenze e consegnarlo alla Presidenza del Corso di Laurea di afferenza a fine tirocinio;
- segnalare al tutore aziendale e al Dipartimento eventuali infortuni;
- rispettare le norme in materia di igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro, con particolare riferimento all'art. 20 del D. lgs 81/08;
- mantenere la necessaria riservatezza per quanto attiene a dati, informazioni o conoscenze in merito a processi produttivi e prodotti acquisiti durante lo svolgimento del tirocinio.

Obiettivi:

Luogo e data _____

Firma RESPONSABILE Soggetto ospitante: _____

Firma TUTOR Soggetto ospitante: _____

Firma Tirocinante _____

La compilazione di questa parte è di competenza della Segreteria del Dipartimento

Firma del Presidente del CdL: **Prof.ssa Giuliana Fatabbi** _____

Firma per il Soggetto promotore: **Direttore Prof. Massimo Giulietti** _____