**UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DI PERUGIA**

**DIPARTIMENTO DI MATEMATICA E INFORMATICA**

**CdL in MATEMATICA - TIROCINIO INTERNO**

**MODULO DI RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE DEL**

**PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO di TIROCINIO INTERNO**

**Dati tirocinante**

Matricola: Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

Nome e Cognome: Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

Attualmente iscritta/o all’anno Scegliere un elemento.

del curriculum Scegliere un elemento.

Nata/o a Fare clic o toccare qui per immettere il testo. Il //

Residente a Fare clic o toccare qui per immettere il testo.Provincia (\_\_\_\_)

in via Fare clic o toccare qui per immettere il testo. n.\_\_\_

Tel.: Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

e-mail: Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

Codice Fiscale: Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

Voto di Laurea Triennale /

Data conseguimento Laurea Fare clic o toccare qui per immettere una data.

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

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 Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

**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**:

DMI  Altra sede Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

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

**Tutor del Tirocinio**:

Nome e Cognome Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

**Polizze assicurative**:

Infortuni sul lavoro INAIL: Gestione per conto dello Stato

Responsabilità civile: NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI SpA - polizza n. 203455080– durata: 01/01/2024 al 31.12.2026

**Obblighi del tirocinante:**

La/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 del tirocinio**:

|  |
| --- |
|  |

Luogo e data

Fare clic o toccare qui per immettere il testo., Fare clic o toccare qui per immettere una data.

Firma del Tutor di tirocinio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Tirocinante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Firma della Presidente del CdL: Prof.ssa Giuliana Fatabbi

Firma del Direttore Dipartimento: Direttore Prof. Massimo Giulietti