



**Progetto formativo e di orientamento (tirocinio SPECIALISTICA Ex
D.M.509/99)**

(Rif. Convenzione stipulata in data)

COMPILARE IN STAMPATELLO

Nominativo del tirocinante

Nato a il

residente in C.F.

iscritto al Corso di Laurea:

Azienda/Ente ospitante

Sede del tirocinio

Tempi di accesso ai locali aziendali

Periodo di tirocinio: mesi

Dal..... al

Firma del Docente dell'Università (solo se il tutor non è uno psicologo iscritto all'Albo).....

Tutor aziendale

Obiettivi e modalità del tirocinio:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Facilitazioni previste (in ottemperanza alla Legge 104 del 1992)

.....

Polizze Assicurative

*infortuni sul lavoro INAIL << gestione per conto dello Stato >> ai sensi dell'art. 2 del D.P.R. n. 156/99

* Polizza Infortuni n. 771499433367 stipulata con la Società UNIPOL SAI S.p.a. e la polizza RCT/O n°. 65149946835..

Obblighi del tirocinante

- seguire le indicazioni dei tutors e fare riferimento a essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo o altre evenienze;
- rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotti o 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.

(per presa visione e accettazione) il tirocinante

(Firma e Timbro dell'Azienda / Ente)

***La denuncia di eventuali infortuni all'INAIL è a carico della struttura accettante**