**ALL. n. 2**

Al Chiar.mo Prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsabile del SSD di Tirocinio

Sede

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞏 studente del corso di Laurea magistrale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Iscritto/a al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anno di corso;

🞏 laureato/a in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter svolgere l’attività di tirocinio pratico formativo, per un periodo di (*specificare i giorni di tirocinio*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso (*indicare nominativo e Sede dell’Azienda ospitante*):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in base alla convenzione stipulata con il Dipartimento di Medicina Veterinaria dell’Università degli Studi di Perugia in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati, nel rispetto della D.Lgs. n. 196/2003, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità connesse ai servizi in materia della Segreteria Didattica del Dipartimento di medicina Veterinaria.

Distinti saluti.

Perugia, ……………..

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (firma studente)

**----**

**N.B. Presentare una domanda per ogni SSD**

**All. n. 3**

**UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DI PERUGIA**

**DIPARTIMENTO DI MEDICINA VETERINARIA**

# **PROGETTO FORMATIVO**

(rif. convenzione stipulata in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Recapito Telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Medico di famiglia (*indicare nome, cognome ed indirizzo*):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**STUDENTE UNIVERSITARIO [ ] MATRICOLA N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* Corso di Laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anno di corso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LAUREATO [ ]**

* Laureato in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* trattasi di soggetto portatore di handicap ? SI / NO

Azienda ospitante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede del tirocinio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tempi di accesso ai locali aziendali ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito del’Azienda Ospitante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo di tirocinio n. gg \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tutore aziendale Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsabile del Tirocinio Prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SSD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Polizze assicurative:**

1. Infortuni sul lavoro INAIL: Gestione per conto dello Stato
2. RCT/O: polizza n. 402921382 con la Compagnia AXA Assicurazioni S.p.A. (Agenzia 005014 - Perugia)

**Obiettivi e modalità del tirocinio**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Obblighi del tirocinante**:

1. 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 e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze; 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 al Docente Responsabile del SSD di tirocinio a fine stage; segnalare al tutore aziendale e al Docente eventuali infortuni; rispettare le norme in materia di igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro, con particolare riferimento al D.Lgs 81/04;
2. 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.

Perugia, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma per presa visione ed accettazione del tirocinante

Sig./Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Docente Responsabile del SSD – Università degli Studi di Perugia

Prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Responsabile/Coordinatore Azienda Ospitante

Sig./dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

------

**N.B. Presentare una domanda per ogni SSD**

**Informativa ai sensi dell’art.13 del D.lgs. 30/06/2003, n. 196
(“Codice in materia di protezione dei dati personali”)**

I dati identificativi raccolti con la sottoscrizione dell’allegato Progetto formativo saranno trattati, nel rispetto dei principi e delle disposizioni contenuti nel decreto legislativo n.196/2003 e s.m.i. esclusivamente per le finalità connesse all’attivazione di tirocini e stage, ai sensi dell’art.18 della L.196/97 e D.M. 142/98.

Il trattamento dei suddetti dati verrà effettuato sia mediante strumenti informatici che in forma

manuale e cartacea.

Il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio per la fruizione della collaborazione/opportunità

derivante dalla Convenzione di tirocinio stipulata tra le parti.

Il loro mancato conferimento non consentirà pertanto l’attivazione del tirocinio. Il trattamento dei dati è esclusivamente finalizzato all’espletamento delle pratiche e alle comunicazioni obbligatorie a Regione, o Provincia delegata, alle strutture provinciali del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale competenti per territorio in materia di ispezioni e alle rappresentanze sindacali.

Titolare del trattamento è l’Università degli Studi di Perugia, con sede in Piazza Università n.1 -

06121 – Perugia, nella persona del suo Rettore.

Il Responsabile del trattamento a cui rivolgersi, anche per l’esercizio dei diritti di cui all’art. 7 del citato decreto legislativo, è il Direttore Generale dell’Università degli Studi di Perugia.

Firma per presa visione ed accettazione del tirocinante

Sig./Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_