



## UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL SANNIO

**PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO PER ATTIVITÀ DI TIROCINIO**  
**(ai sensi dell'art. 18 Legge 24 giugno 1997, n. 196), RELATIVO ALLA**  
**CONVENZIONE STIPULATA IN DATA ...../...../.....TRA**  
**L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL SANNIO IN BENEVENTO E LA**  
.....

### TIROCINANTE

Nome e Cognome .....N. di Matricola.....  
Nato/a .....Prov. .... il .....  
Residente nel Comune di .....Prov. ....C.A.P.....  
Via..... Codice fiscale.....  
Tel. .... E-mail:.....

### CONDIZIONE DEL TIROCINANTE

STUDENTE

- Vecchio Ordinamento**   
**Laurea Triennale**   
**Laurea Specialistica**   
**Laurea Magistrale**

Iscritto per l'Anno Accademico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al ..... anno del  
Corso di studio .....  
Dipartimento di.....

LAUREATO

- Vecchio Ordinamento**   
**Laurea Triennale**   
**Laurea Specialistica**   
**Laurea Magistrale**

Denominazione del Titolo di Studio conseguito.....  
presso il Dipartimento di .....in data .....

## SOGGETTO OSPITANTE

Denominazione .....

### Settore di Attività

- |                                          |                          |
|------------------------------------------|--------------------------|
| Agricolo                                 | <input type="checkbox"/> |
| Industriale/Commerciale                  | <input type="checkbox"/> |
| Enti Pubblici                            | <input type="checkbox"/> |
| Imprese di Servizi o Studi Professionali | <input type="checkbox"/> |
| Area Sanitaria                           | <input type="checkbox"/> |
| Altro.....                               | <input type="checkbox"/> |

Sede del tirocinio (Stabilimento/Reparto/Ufficio) .....

Città ..... Prov. .... Via .....

## TUTORE DEL SOGGETTO OSPITANTE

Nome e Cognome .....

Tel. .... Fax..... E-mail .....

## TUTORE DELL'UNIVERSITÀ

Nome e Cognome.....

Titolare dell'Insegnamento.....

Dipartimento.....

Tel. .... Fax..... E-mail .....

## DURATA DEL TIROCINIO

Mesi n..... dal..... al.....

Tempi di accesso ai locali aziendali..... dalle ore..... alle ore.....

## OBIETTIVI E MODALITA' DI SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## FACILITAZIONI PREVISTE

.....  
.....  
.....

## POLIZZE ASSICURATIVE

*Infortuni studenti:* Fondiaria SAI polizza n. 04720700033.89

*Responsabilità civile terzi:* Fondiaria SAI Polizza n. 0472.0700034.87

*Responsabilità per gli infortuni sul lavoro INAIL:*(ai sensi del D.P.R. 9.4.1999, n. 156, la copertura contro gli infortuni sul lavoro del tirocinante è assicurata mediante la forma della gestione per conto dello Stato).

## OBBLIGHI DEL TIROCINANTE

Seguire le indicazioni dei tutori e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze, consapevole che il tirocinio non costituisce in alcun modo rapporto di lavoro.

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.

Benevento, lì .....

Firma del Tirocinante per presa visione ed  
accettazione

.....

Firma del Tutore dell'Università o del  
Presidente del Corso di Studi o del Delegato di  
Dipartimento alle attività di tirocinio

.....

Firma e timbro del Soggetto ospitante

.....