Progetto formativo per le attività di tirocinio presso il Dipartimento

Nominativo del tirocinante _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____

Via _____ n. ____ cellulare _____

Codice fiscale n. _____ E-mail _____

iscritto al Corso di Laurea in _____

Matricola n. _____

(Denominazione Dipartimento) _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____

Prov. _____

Timbro del Dipartimento

***Tutor* del Dipartimento** _____

Tel. _____ E-mail _____

Periodo di tirocinio previsto **dal** ___ / ___ / ___ **al** ___ / ___ / ___

Tempi di accesso alle strutture aziendali (massimo 36 ore settimanali – massimo 8 ore giornaliere)

		Lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì	sabato
mattina	**dalle**						
	alle						
pomeriggio	**dalle**						
	alle						

Polizze assicurative:

- assicurazione contro gli infortuni, mediante assicurazione INAIL (polizza n. 3140)
- assicurazione infortuni con Polizza Generali Italia – polizza n. 360177609 – valida dal 29.02.2016 al 31.08.2020
- assicurazione contro i rischi derivanti da responsabilità civile, con Polizza Unipolsai – polizza n. 131693299 - valida dal 29.02.2016 al 31.08.2020

OBIETTIVI E MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELLO STAGE (descrizione dettagliata)

OBBLIGHI DEL TIROCINANTE

1. seguire le indicazioni del tutor e fare riferimento ad esso per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre esigenze;
2. rispettare i regolamenti disciplinari, le norme organizzative di sicurezza e di igiene sul lavoro vigente nel Dipartimento;
3. mantenere l'obbligo della segretezza durante e dopo il tirocinio per quanto attiene a prodotti, processi produttivi e ad ogni altra attività o caratteristica del Dipartimento ospitante di cui venga a conoscenza durante il tirocinio;
4. richiedere verifica ed autorizzazione per eventuali elaborati o relazioni verso terzi.

Pisa**,** _____

Il tutor del Dipartimento di Farmacia

_____
firma

Firma per presa visione (particolarmente dei punti 3 e 4)
e integrale accettazione del tirocinante

_____
firma