



Progetto formativo per le attività di tirocinio relativo alla convenzione sottoscritta tra il Dipartimento di Farmacia e il Dipartimento di _____ lettera di intenti stipulata in data ___ / ___ / ___

Nominativo del tirocinante _____
Nato a _____ il _____
Residente in _____
Via _____ n. _____ cellulare _____
Codice fiscale n. _____ E-mail _____
iscritto al Corso di Laurea in _____
curriculum _____ **Matricola n.** _____

(Denominazione Dipartimento) _____
Indirizzo _____
CAP _____ **Città** _____
Prov. _____
Timbro del Dipartimento _____

Tutor del Dipartimento Ospitante _____
Luogo di nascita _____ **data di nascita** _____
Indirizzo _____ **città** _____
Codice Fiscale _____
E-mail _____ **Tel.** _____

Tutor del Dipartimento di Farmacia _____
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 dei tutors e fare riferimento ad essi 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 ospitante

Il tutor del Dipartimento di Farmacia

firma

firma

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

firma