



**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 31.12.2020
- assicurazione contro i rischi derivanti da responsabilità civile, con Polizza Unipolsai – polizza n. 131693299 - valida dal 29.02.2016 al 31.12.2020

**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