



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

Tutor Dipartimento di Farmacia _____
Tel. _____ **E-mail** _____

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

Tempi di accesso alle strutture dipartimentali (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 Poste Assicura S.p.A.– polizza n. 90104 – valida dal 01.04.2021 al 31.12.2025
- assicurazione contro i rischi derivanti da responsabilità civile, con Polizza Unipol Assicurazioni S.p.A. – polizza n. 204778789, validità fino al 28.02.2029

OBIETTIVI E MODALITA' DI SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO (descrizione dettagliata)

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

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 in Azienda;
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 dell'Ente ospitante di cui venga a conoscenza durante il tirocinio;
4. richiedere verifica ed autorizzazione per eventuali elaborati o relazioni verso terzi.

Pisa, _____

Il tutor Dipartimento

Il tutor Dipartimento di Farmacia

firma

firma

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

firma