



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 _____
curriculum _____ 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 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 DELLO STAGE (descrizione dettagliata)

This image shows a blank 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 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