



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 <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin: 0 auto;"></div> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| |
|------------------------------------------------------------------------------|
| 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 30.04.2025
- assicurazione contro i rischi derivanti da responsabilità civile, con Polizza Unipolsai – polizza n. 177372144, validità fino al 30.04.2025

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