



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA “LA SAPIENZA”
FACOLTÀ DI MEDICINA E PSICOLOGIA**

Allegato A

Progetto Formativo e di Orientamento (Rif. Convenzione stipulata in data.....)

Nominativo del tirocinante..... nato a (Prov) il residente in
..... (Prov) C.F condizione
(Universitario, Laureato, Frequentante corso post-diploma, Frequentante corso post-laurea)

Matricola
(barrare se trattasi di soggetto portatore di handicap) NO SI

Soggetto ospitante.....

Sede/i del tirocinio
(stabilimento/reparto/ufficio).....

Tempi di accesso ai locali del “soggetto ospitante”.....

Periodo di tirocinio: (n. mesi: max 12 mesi) dal..... al

Tutor universitario

Tutor del “soggetto ospitante”.....

Polizze Assicurative

Infortunati sul lavoro INAIL “Gestione per conto dello Stato” (art. 4, punto 5, D.P.R. n. 1124/65)

RCT/RCO n. 65149946835 – UNIPOL SAI S.p.a.

Ass. Infortunati n. 77149943367 – UNIPOL SAI S.p.a.

Obiettivi e modalità del tirocinio:

.....
.....

Facilitazioni previste:

.....
.....

Obblighi del tirocinante

- seguire le indicazioni dei tutori e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altra evenienza;
- rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotti od altre notizie relative al “soggetto ospitante” di cui venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio;
- rispettare i regolamenti del “soggetto ospitante” e le norme in materia di igiene e sicurezza.

Roma,/...../.....

firma del Tirocinante

firma per l'Università.....

firma per il “Soggetto ospitante”.....