



PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

(rif. Convenzione _____ del ____ / ____ / _____)

TIROCINANTE

Nominativo: _____

Matricola _____ Codice Fiscale: _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / _____

Residente a _____ in Via _____

Tel _____ e-mail _____

Domiciliato/a (solo se fuori sede) in _____ tel. _____

Corso di studi: _____

Situazione studi (anno iscrizione): _____

Portatore di handicap si no

TIROCINIO

Soggetto ospitante _____

Sede del tirocinio (stabilimento/reparto/ufficio) _____

Periodo di tirocinio n. giorni/mesi ____ dal _____ al _____ ORE _____

Tempi di accesso ai locali aziendali _____

Tutore universitario _____ e-mail _____ tel. _____

Tutore aziendale _____ e-mail _____ tel _____

POLIZZE ASSICURATIVE

Inail (infortuni sul lavoro) "Gestione per conto dello Stato" (ex.artt.127 e 190 del T.U. n°1124/65 e D.M. 10/10/1985)

Responsabilità civile polizza n. 1/2430/65/132085060 e **Infortuni cumulativa** polizza n.

1/2430/77/132085069, compagnia assicurativa UnipolSai assicurazioni.

OBIETTIVI E MODALITA' DEL TIROCINIO

EVENTUALI FACILITAZIONI PREVISTE SI NO SE SÌ QUALI:

OBBLIGHI DEL TIROCINANTE:

- seguire le indicazioni dei tutori e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze;
- rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotti od altre notizie relative all'azienda/ente di cui venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio;
- rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza.

Cagliari ____ / ____ / _____

Firma per presa visione ed accettazione del tirocinante

Sottoscrizione per il soggetto promotore

Firma per presa visione del tutor universitario

Timbro e firma per l'azienda/ente ospitante



PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

(rif. Convenzione _____ stipulata in data ___ / ___ / _____)

TIROCINANTE

Nominativo: _____
Matricola _____ Codice Fiscale: _____
Nato/a a _____ il ___ / ___ / _____
Residente a _____ in Via _____
Tel _____ e-mail _____
Domiciliato/a (solo se fuori sede) in _____ tel. _____
Corso di studi: _____
Situazione studi (anno iscrizione): _____
Portatore di handicap si no

TIROCINIO

Soggetto ospitante _____
Sede del tirocinio (stabilimento/reparto/ufficio) _____
Periodo di tirocinio n. giorni/mesi ___ dal _____ al _____ ORE _____
Tempi di accesso ai locali aziendali _____
Tutore universitario _____ e-mail _____ tel. _____
Tutore aziendale _____ e-mail _____ tel _____

POLIZZE ASSICURATIVE

Inail (infortuni sul lavoro) "Gestione per conto dello Stato" (ex.artt.127 e 190 del T.U. n°1124/65 e D.M. 10/10/1985)
Responsabilità civile polizza n. 1/2430/65/132085060 e **Infortuni cumulativa** polizza n. 1/2430/77/132085069, compagnia assicurativa UnipolSai assicurazioni.

OBIETTIVI E MODALITA' DEL TIROCINIO

EVENTUALI FACILITAZIONI PREVISTE SI NO SE SÌ QUALI:

OBBLIGHI DEL TIROCINANTE:

- seguire le indicazioni dei tutori e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze;
- rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotti od altre notizie relative all'azienda/ente di cui venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio;
- rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza.

Cagliari ___ / ___ / _____

Firma per presa visione ed accettazione del tirocinante

Sottoscrizione per il soggetto promotore

Firma per presa visione del tutor universitario

Timbro e firma per l'azienda/ente ospitante



REGISTRO DELLE PRESENZE

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN ARCHITETTURA

TIROCINANTE: _____

MATRICOLA: _____

SOGGETTO OSPITANTE: _____

SEDE DEL TIROCINIO: _____

PERIODO DEL TIROCINIO: DAL _____ AL _____

NUMERO ORE TOTALI: _____



PRESENZE DEL MESE DI: _____ ANNO _____

Gg	N. ore	Sede tirocinio (1)	Attività svolta	Firma Tirocinante
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

(1) Specificare soltanto se diversa dalla sede indicata nel progetto formativo

Ore totali del mese: _____

Timbro e firma del Responsabile Aziendale: _____



PRESENZE DEL MESE DI: _____ ANNO _____

Gg	N. ore	Sede tirocinio (1)	Attività svolta	Firma Tirocinante
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

(1) Specificare soltanto se diversa dalla sede indicata nel progetto formativo

Ore totali del mese: _____

Timbro e firma del Responsabile Aziendale: _____



PRESENZE DEL MESE DI: _____ ANNO _____

Gg	N. ore	Sede tirocinio (1)	Attività svolta	Firma Tirocinante
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

(1) Specificare soltanto se diversa dalla sede indicata nel progetto formativo

Ore totali del mese: _____

Timbro e firma del Responsabile Aziendale: _____