



**PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO**

**AD USO ESCLUSIVO DEI CORSI DI STUDIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

da trasmettere all'Ufficio Stage e Tirocini ([ufficio.stage@ateneo.univr.it](mailto:ufficio.stage@ateneo.univr.it)) almeno 7 giorni lavorativi prima dell'inizio del tirocinio; si accetta il progetto formativo soltanto in presenza di una Convenzione già stipulata con l'azienda ospitante.

(riferimento convenzione Rep. n. .... stipulata in data .....) )

**Cognome e Nome del tirocinante** ....  
nato a ..... il ..... cod. fiscale .....  
residente a ..... (Prov. ....) in Via ..... n. ....  
cap. .... telefono ..... Cell. ....  
e-mail (SOLO casella di posta istituzionale) .....@studenti.univr.it

**Attuale condizione dello studente:**

matricola VR..... - anno accademico di immatricolazione .....

corso di laurea/ laurea magistrale .....

corso post-lauream .....

il corso post-lauream si conclude in data .....

(barrare se trattasi di soggetto portatore di handicap )

**Azienda ospitante:** .....

Settore di attività dell'azienda - Codice ATECO ..... Partita Iva .....

Sede principale di svolgimento dello stage:

Via ..... n. .... Comune ..... (Prov. ....) Cap .....

Ulteriore sede aziendale di svolgimento dello stage:

Via ..... n. .... Comune ..... (Prov. ....) Cap .....

**N. di dipendenti a tempo indeterminato compreso apprendisti presenti nella sede del tirocinio alla data odierna:**

.....; **n. di tirocini attivi nella sede del tirocinio alla data odierna:** .....

(Art. 1 D.M. 142/98)

**MISURE PER IL CONTENIMENTO DELL'EPIDEMIA DA COVID-19: LA STRUTTURA OSPITANTE DICHIARA DI AVER ADOTTATO UN PROTOCOLLO DI SICUREZZA.**

**Tempi di accesso ai locali aziendali**

(da rispettare rigorosamente ai fini assicurativi e di ispezione):

n. .... giorni la settimana (il numero massimo di giorni dedicati allo stage)

n. .... ore giornaliere (il numero massimo di ore giornaliere dedicato allo stage)

mattina: dalle ore ..... alle ore ..... pomeriggio: dalle ore ..... alle ore .....

**Periodo di stage:** dal .....al .....  
*eventuale sospensione (massimo 1 mese) dal ..... al .....*

**NOTA BENE: Ogni variazione deve essere comunicata anticipatamente all'Ufficio Stage e Tirocini (i documenti per la richiesta di modifica sono disponibili on line)**

**Tutor universitario** (in stampatello) .....  
**Tutor aziendale** (in stampatello) .....  
**E-Mail del Tutor aziendale** .....

**Area funzionale di inserimento** (funzione, servizio, reparto aziendale) .....  
**Attività proposte al tirocinante** .....  
.....  
.....  
.....  
**Principali obiettivi formativi**.....  
.....  
.....

**Facilitazioni** previste per il tirocinante dal parte del soggetto ospitante (*benefits, premi, rimborsi spese etc.*)  
.....

**Polizze assicurative a carico dell'Università di Verona:**

- Infortuni sul lavoro INAIL - gestione per conto
- Responsabilità Civile: Chubb European Group SE - Polizza n°: ITCASC21677
- Polizza Infortuni: Polizza infortuni cumulativa AXA - Polizza n° 404984200

**Obblighi del tirocinante:**

- seguire le indicazioni dei tutor e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze;
- rispettare gli obblighi di riservatezza circa i processi produttivi, prodotti od altre notizie relative all'azienda 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.

Luogo e data .....

Firma per presa visione ed accettazione del tirocinante .....

Firma per il soggetto promotore - Tutor accademico .....

Timbro e firma per l'azienda - Tutor aziendale .....