

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PERUGIA
DIPARTIMENTO DI MATEMATICA E INFORMATICA**

CdL in MATEMATICA - TIROCINIO ESTERNO

**MODULO DI RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE DEL
PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO di TIROCINIO ESTERNO**

Dati del Soggetto Ospitante

Ragione Sociale _____

Sede legale (Città, provincia e indirizzo) _____

PEC: _____

Dati tirocinante

Matricola _____ Nome e Cognome _____

Attualmente iscritta/o all'anno ____ del curriculum _____

Nata/o a _____ Il ____/____/____

Residente a: Provincia (____) in via _____ n. ____

Tel.: _____ e-mail: _____

Codice Fiscale: _____

Voto di Laurea Triennale ____/____ Data conseguimento Laurea ____/____/____

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

Cittadinanza:

☐ Italiana; ☐ Paese UE; ☐ Paese non appartenente all'Unione Europea

Solo per i cittadini extracomunitari:

Permesso di soggiorno/Carta di soggiorno n. _____

Rilasciata il _____ Data scadenza _____

Per motivi di _____

Durata:

Numero ore complessive 150 CFU da acquisire 6

Periodo di svolgimento: dal ____/____/____ al ____/____/____

La data di inizio tirocinio deve essere successiva di almeno 15gg rispetto alla consegna del modulo alla Segreteria Didattica

Giorni e fasce orarie per i quali si chiede l'autorizzazione a svolgere le ore di tirocinio:

(all'interno di questi giorni e fasce orarie, il tirocinante può segnare le ore di tirocinio)

☐ lun ☐ mar ☐ mer ☐ gio ☐ ven

mattino dalle ore _____ alle ore _____

pomeriggio dalle ore _____ alle ore _____

(minimo 1h di pausa pranzo)

Sede di svolgimento del tirocinio:

Via _____ n. _____

Comune _____ Provincia (_____) Cap _____

Modalità rilevazione presenze: registro presenze che verrà consegnato dalla Segreteria.

Tutor del Soggetto promotore (Dipartimento di Matematica e Informatica):

Prof.ssa Giuliana Fatabbi

Tutor aziendale designato dal Soggetto ospitante:

Titolo professionale (Es: Avv., Rag., Ing., ecc.) _____

Nome e Cognome _____

Tel. _____ e-mail _____

Polizze assicurative:

Infortuni sul lavoro INAIL: Gestione per conto dello Stato

Responsabilità civile: NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI SpA - polizza n. 203455080- durata: 01/01/2024 al 31.12.2026

Obblighi del tirocinante:

La/Il tirocinante dichiara di assumersi l'obbligo di:

- svolgere le attività oggetto del tirocinio, stabilite dal soggetto promotore e previste dal progetto formativo e di orientamento;
- rispettare le indicazioni del tutore aziendale e del tutore didattico;
- frequentare l'Azienda/Ente ospitante nei tempi e con le modalità previste dal progetto formativo, rispettando gli orari e l'ambiente di lavoro, le regole e i modelli di comportamento aziendali concordati;
- compilare il registro presenze e consegnarlo alla Presidenza del Corso di Laurea di afferenza a fine tirocinio;
- segnalare al tutore aziendale e al Dipartimento eventuali infortuni;
- rispettare le norme in materia di igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro, con particolare riferimento all'art. 20 del D. lgs 81/08;

- mantenere la necessaria riservatezza per quanto attiene a dati, informazioni o conoscenze in merito a processi produttivi e prodotti acquisiti durante lo svolgimento del tirocinio.

Obiettivi del tirocinio:

Luogo e data, _____

Firma RESPONSABILE Soggetto ospitante: _____

Firma TUTOR Soggetto ospitante: _____

Firma del Tirocinante: _____

*La compilazione di questa parte è di competenza della Segreteria del
Dipartimento*

Firma della Presidente del CdL: Prof.ssa Giuliana Fatabbi

Firma del Direttore Dipartimento: Direttore Prof. **Gianluca Vinti**