



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CATANIA  
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL FARMACO E DELLA SALUTE

UFFICIO DELLA DIDATTICA E DEL SERVIZIO AGLI STUDENTI

PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO \_\_\_\_\_

RIFERIMENTO CONVENZIONE N. \_\_\_\_\_

### Dati del Tesista

Nominativo del tirocinante: \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in: \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_ n: \_\_\_\_\_

Cod. Fisc.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ tel.: \_\_\_\_\_

### Attuale condizione del tesista (barrare la casella corrispondente alle tipologie indicate sotto)

Ex D.M. 509  CdL  CdLS  CdLMCU in: \_\_\_\_\_

Ex D.M. 270  CdL  CdLS  CdLMCU in: \_\_\_\_\_

matricola n. \_\_\_\_\_ Tesi  SI  NO

Dottorando di ricerca in: \_\_\_\_\_

Corso di perfezionamento o Scuola di Specializzazione in: \_\_\_\_\_

Master in: \_\_\_\_\_

N. CFU da acquisire: \_\_\_\_\_ per un totale di \_\_\_\_\_ ore

### Sede della tesi

Soggetto ospitante \_\_\_\_\_

Email soggetto ospitante: \_\_\_\_\_

numero dipendenti \_\_\_\_\_ numero tirocini in corso: \_\_\_\_\_ Settore di attività: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Orario di svolgimento del tirocinio dalle ore: \_\_\_\_\_ alle ore: \_\_\_\_\_ ore sett. previste: \_\_\_\_\_

Tempi di accesso ai locali aziendali (indicare i giorni): \_\_\_\_\_

Periodo di tirocinio n. mesi :..... dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Tutor didattico: \_\_\_\_\_

Tutor aziendale: \_\_\_\_\_ Qualifica: \_\_\_\_\_

Responsabile Servizio di Prevenzione e Protezione: \_\_\_\_\_

Medico competente: \_\_\_\_\_

<b>Polizze assicurative:</b> Infortuni sul lavoro INAIL: copertura infortuni assicurata mediante la forma di " gestione per conto dello stato
Polizza n. 196040619 UNIPOL SAI (Scad. 31.07.2026)
Polizza infortuni n. F2500028393 – LB Lloyd's Insurance Company S.A. (scad. 31.07.2027)
a) Competenze Tecnico professionali da acquisire: Il tirocinio ha scopo di integrare la formazione universitaria dello studente con l'applicazione pratica delle conoscenze necessarie ad un corretto esercizio professionale (art. 12 del Regolamento di tirocinio per i corsi di studio in Farmacia e CTF)
b) Modalità di valutazione iniziale, in itinere e finali: colloqui in itinere con il tutor accademico, verifica delle attività svolte mediante colloqui e valutazione finale della relazione presentata alla commissione per il tirocinio

**Facilitazioni previste:**

<input type="checkbox"/> Rimborso spese
<input type="checkbox"/> Incentivi
<input type="checkbox"/> Altro

**Obblighi del tirocinante:**

- svolgere le attività previste dal progetto formativo;
- 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 o 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 di igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro

Consenso al trattamento dei dati personali del tirocinante da parte del soggetto ospitante, in applicazione al D.Lgs. n.196 del 30/06/2003 e successive modifiche ed interrogazioni. Barrare in caso di assenso

FIRMA PER PRESA VISIONE ED ACCETTAZIONE DEL TIROCINANTE:

FIRMA TUTORATO DIDATTICO:

FIRMA TUTOR AZIENDALE:

FIRMA E TIMBRO DEL  
SOGGETTO OSPITANTE

Per l'Università

IL DIRIGENTE DELL'AREA DELLA DIDATTICA

