|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | **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 **Dati del Tirocinante**

Nominativo del tirocinante:

Nato a il

Residente in:

Via: n:

Cod. Fisc.:

E-mail: tel.:

**Attuale condizione del tirocinante** (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 del tirocinio**

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:

**Polizze assicurative**: - Infortuni sul lavoro n.79301385-Compagnia-Allianz S.p.a. (scadenza 31-07-2023) .Responsabilità civile verso terzi R CTO n.8374365160118614 UNIPOL SAI ASSICURAZIONI S.p.a (scadenza 31-07-2023)

a) Tecnico professionali: Il tirocinio ha scopo dii integrare la formazione niversitaria dellostudecon l’applicazioe pratica delle conoscenze necessarie necessarie ad un corretto esercizio professionale (ar.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 atività svolte medinte colloqui e valutazione finale della relazione presenata alla commissione per il irocinio

**Facilitazioni previste:**

□ Rimborso spese

□ Incentivi

□ 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  **Per l’Università**

 SOGGETTO OSPITANTE IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

 IL DIRIGENTE DELL’AREA DELLA DIDATTICA

NB: Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte e stampato in triplice copia fronte/retro. Il timbro del soggetto ospitante e le firme devono essere in originale in tutte le copie