**UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DI PERUGIA**

**DIPARTIMENTO DI MEDICINA VETERINARIA**

**PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO**

 **(Convenzione stipulata in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

**tra:**

**Soggetto promotore: Dipartimento di Medicina Veterinaria**

**e**

**Soggetto Ospitante: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

 **Dati tirocinante**

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia (\_\_)

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domiciliato a (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia (\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MATRICOLA N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

trattasi di soggetto portatore di handicap? SI / NO**

**Ai fini della visita medica idoneativa indicare:**

MEDICO DI BASE: DOTT/DOTT.SSA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SEDE AMBULATORIO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**• corso Master in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**[ ] I livello [ ] II livello anno di corso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**• corso Dottorato in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **anno di corso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ciclo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sede di svolgimento del tirocinio:**

***(Specificare il laboratorio in cui verrà effettuato il tirocinio e con il supporto del tutor aziendale indicare il rischio specifico a cui sarà sottoposto lo studente durante il tirocinio)***

**□** Sede legale

**□** Sede operativa

**Indirizzo sede di svolgimento/laboratorio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Rischio specifico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Orario indicativo di svolgimento: dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nei giorni: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero ore settimanali: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(***specificare i giorni della settimana, l’orario ed il totale ore; per esempio: dal lunedì al venerdì, dalle ore 08:00 alle 13:00 dalle 14:00 – 17:00 per un massimo di 40 ore settimanali)***

**Da compilare in accordo tra il Tutor Universitario ed il Tutor Aziendale:**

**Obiettivi del tirocinio: ­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Attività del Tirocinante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Modalità di svolgimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Modalità rilevazione presenze:** registro presenze.

**Tutoraggio:**

**Docente responsabile del Tirocinio per il Soggetto promotore:**

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cognome **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Tel. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tutor aziendale designato dal Soggetto ospitante:**

Nome **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Polizze assicurative:**

**Infortuni sul lavoro INAIL:** Gestione per conto dello Stato prevista dal combinato disposto degli artt. 127 e 190 del T.U. INAIL (DPR N.1124/65) e regolamento dal D.M. 10.10-1985

**Responsabilità civile:** Polizza RCT/O- RCT/O OVUD nr 203455080 Nobis Compagnia di Assicurazioni Spa - dal 01/01/2024 al 31/12/2026

 **Obblighi del tirocinante:**

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 Segreteria Didattica del Dipartimento 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.

#### SOTTOSCRIZIONE PER PRESA VISIONE ED ACCETTAZIONE

#### **Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del Tirocinante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma per il Soggetto promotore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(firma Docente Responsabile)**

**Firma per il Soggetto ospitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(firma e timbro Responsabile Aziendale/Referente Aziendale per Tirocinio)**

**Il Direttore del Dipartimento di Medicina Veterinaria**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**