



**Oggetto: RICHIESTA TIROCINIO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO**  
**(Rif. Convenzione stipulata in data \_\_\_\_\_ Prot. N. \_\_\_\_\_ )**

Al Coordinatore

Il/la Tirocinante (cognome/nome) \_\_\_\_\_ Matricola n° \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Iscritto/a al Corso di Laurea in \_\_\_\_\_

Nell'Anno Accademico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Anno di corso  I  II  III  FUORICORSO  
 IV  V  VI  TEMPO PARZIALE

Immatricolato nell' Anno Accademico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Attività di tirocinio presso (Azienda ospitante) \_\_\_\_\_

Sede/i del tirocinio (stabilimento, reparto, ufficio) \_\_\_\_\_

Accesso ai locali aziendali (giorni - da ore ad ore) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tutor aziendale \_\_\_\_\_

Periodo di tirocinio (monte ore) \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Polizze assicurative:** - Infortuni sul lavoro posizione n. Z084787 Gruppo ZURICH;  
- Responsabilità civile n. 79301441 ALLIANZ S.p.a.;

- Ai sensi del D.L.vo 81/08 e dell'art.10 del decreto MURST 363/98 gli obblighi inerenti il rispetto della normativa sulla sicurezza del lavoro, competono al soggetto ospitante.

Obiettivi e modalità del tirocinio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Facilitazioni previste: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Obblighi del Tirocinante:** **1)** Svolgere le attività oggetto del tirocinio, stabilite dal soggetto promotore e previste dal progetto formativo e di orientamento **2)** Rispettare le indicazioni del tutor aziendale e del tutor didattico e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze **3)** Rispettare gli obblighi di riservatezza circa i processi produttivi, i prodotti o altre notizie relative all'azienda, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio **4)** Rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza.

LUOGO E DATA

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL TIROCINANTE

\_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA DELL'ENTE/AZIENDA OSPITANTE

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL TUTOR ACCADEMICO

\_\_\_\_\_

VISTO SI AUTORIZZA COORDINATORE O SUO DELEGATO

\_\_\_\_\_

**N.B. La compilazione è OBBLIGATORIA in tutti i suoi campi. Le richieste incomplete saranno rigettate.**

INVIARE IL PRESENTE MODULO A: [tirocini.mift@unime.it](mailto:tirocini.mift@unime.it)