PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

**ART.4, COMMA 2 DEL D.M. N°142 DEL 25 MARZO 1998**

|  |
| --- |
| **Dati tirocinante** |
| Nome e Cognome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Matricola: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nato il: \_\_ /\_\_ /\_\_\_\_ | a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Residente in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PR \_\_\_ | Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Codice Fiscale:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Recapito telefonico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (barrare se trattasi di soggetto portatore di handicap) [ ] |
| **Attuale condizione tirocinante:** studente universitario del **Master di I livello in Gestione della Sperimentazione Clinica in Ematologia e Oncologia - PVH** |
| Inoccupato [ ]Mai avuto un contratto | Disoccupato [ ]Contratti in precedenza | Occupato [ ]per totale ore settimanali pari a : [ \_\_\_\_\_ ]  |
| Azienda ospitante: (*indicare ragione sociale*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Settore di appartenenza:Agricolo [ ] - Industr./comm.le [ ] - Ente Pubblico [ ] - Impresa servizi [ ] - Studio Profess. [ ]Num. dipendenti assunti a tempo indeterminato: [\_\_\_]Num. tirocinanti ospitati contestualmente al tirocinio: [ \_\_\_ ] (dato da compilare a cura dell’ente ospitante) |
| Sede del tirocinio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*indirizzo della/e sede/i operativa/e*) |
| Tempi di accesso del tirocinante ai locali aziendali: (*specificare giorni della settimana – esclusi i festivi - ed orari*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per totale ore settimanali pari a :[ \_\_\_\_\_ ][[1]](#footnote-1) |
| Periodo di tirocinio n° mesi : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| data inizio: \_\_ /\_\_ /\_\_\_\_[[2]](#footnote-2)  | data fine: \_\_ /\_\_ /\_\_\_\_ |
| Con possibilità di proroga entro i limiti previsti dalla normativa vigente[[3]](#footnote-3)Il tirocinio prevede lo svolgimento totale di [ \_\_\_\_\_ ] ore pari a [ \_\_\_\_ ] CFU[[4]](#footnote-4) |
| Tutor Aziendale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Qualifica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Tutor Universitario[[5]](#footnote-5): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Qualifica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Obiettivi e modalità del tirocinio: (inserire breve descrizione dell’attività)Ogni attività dovrà essere svolta sotto la supervisione del tutor aziendale e comunque a seguito di idonea preparazione iniziale. |
| Facilitazioni previste: (indicare l’esatto ammontare di eventuali rimborsi forfetari, buoni pasto ecc.) |
| Obblighi del tirocinante:**✓** Seguire le indicazioni dei tutor e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze, impegnandosi a svolgere il programma concordato con l’Azienda e riportato nel progetto formativo e di orientamento con puntualità, serietà e precisione;**✓** Rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotti od 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 in materia di igiene e sicurezza. |
| Polizze assicurative: Infortuni sul lavoro INAIL (gestione per conto) D.M. del 10.10.1985 e art. 2 del D.P.R. del 09.04.1999 n. 156  Responsabilità civile polizza n. 65.180533004 Compagnia UnipolSai Assicurazioni Spa  Infortuni cumulativa polizza n. 48240051 Helvetia Compagnia Svizzera d’Assicurazioni SA |

Al link <http://utov.it/s/privacy> il tirocinante trova “L'informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 per gli utenti che intendono iscriversi alle prove di ammissione e agli esami di stato, per gli utenti che intendono immatricolarsi ai corsi di studio e per gli studenti, laureandi, laureati, specializzandi, tirocinanti e dottorandi dell'Ateneo”. Con la sottoscrizione il tirocinante dichiara di aver preso visione dell’informativa sopracitata ed esprime il suo consenso a che i suoi dati personali vengano comunicati all’Azienda limitatamente ai trattamenti connessi alle finalità del presente rapporto di tirocinio. Si fa presente che il tirocinante che non fornisce il consenso a che i suoi dati personali siano comunicati all’Azienda, limitatamente ai trattamenti connessi alle finalità del presente rapporto di tirocinio, non può prendere parte all’attività di tirocinio

Eventuali variazioni dei dati riportati nel presente documento (sede del tirocinio, trasferte, interruzione anticipata, tutors, obiettivi e modalità) dovranno essere comunicate dall’Azienda/Ente ospitante almeno 10 giorni prima, almeno 10 giorni prima, via fax o mail, all’Ufficio Tirocini della Scuola IaD.

In caso di proroga, la relativa richiesta dovrà pervenire all’Ufficio Tirocini della Scuola IaD almeno 10 giorni prima del termine dell’attività, ai fini del prolungamento della copertura assicurativa.

# UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI ROMA "TOR VERGATA"

*Il Coordinatore del Master Gestione della Sperimentazione Clinica in Ematologia e Oncologia*

*Prof.ssa Stefania Gonfloni Firma ……………………………………………………*

**(RAGIONE SOCIALE DELL’AZIENDA OSPITANTE)**

……...……………………………………………………………………………….. (**TIMBRO RAGIONE SOCIALE)**

*Il Rappresentante legale*

*(Nome per esteso ……………………………………..) Firma ……………………………………………………*

*Firma per presa visione ed accettazione del tirocinante*

*(Nome per esteso ……………..………………………) Firma …..………….…………………………………….*

Dichiaro di aver preso visione dell’ “ Informativa ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (“GDPR”) per il trattamento dei dati personali dei soggetti che intendono attivare e svolgere tirocini curriculari od extracurriculari presso l’Università degli Studi di Roma “Tor Vergata” o presso enti pubblici/aziende ospitanti” che si trova al link http://utov.it/s/privacy e acconsento che i miei dati personali vengano comunicati all’Azienda limitatamente ai trattamenti connessi alle finalità del presente rapporto di tirocinio.

*Firma del tirocinante …..………….…………………………………….*

1. La somma delle ore lavorative e di quelle di tirocinio non deve superare le 40 ore settimanali. [↑](#footnote-ref-1)
2. La data di inizio dell’attività deve essere concordata con la segreteria tirocini al termine dell’intera procedura amministrativa. [↑](#footnote-ref-2)
3. Vista la Convenzione del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con scadenza il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. [↑](#footnote-ref-3)
4. Ogni CFU corrisponde a 25 ore [↑](#footnote-ref-4)
5. Dato inserito dalla Direzione scientifica del Corso [↑](#footnote-ref-5)