



DIPARTIMENTO DI MEDICINA VETERINARIA

PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

(da compilare e sottoscrivere in duplice copia)

Riferimento Convenzione stipulata in data _____

Polizze assicurative

Infortunati sul lavoro INAIL: gestione per conto dello Stato

- RCTO n. GZ24BOE874LIA2537P-LB LLOYD'S

- Infortunati N. 85868/77/201296290 UNIPOLSAI

Generalità del tirocinante

Cognome Nome

Nato a Il

Residente in Via n. C.a.p.

Recapito telefonico E-mail Cell.

Codice Fiscale

iscritto Al Corso di studi in

▪ Barrare se soggetto portatore di handicap SI NO

Dati dell'Azienda/Ente ospitante

Denominazione sociale

Indirizzo

Sede (Amb./Cli.Vet./ASL/altro)

Cap..... Attività prevista fuori sede SI..... NO.....

Tempi di accesso ai locali aziendali/pubblici (*giorni della settimana e orari*)

dal.....LUNEDI'.....al.....

dalle orealle ore

Periodo di tirocinio: dal al

Tutor universitario

Tutor aziendale/ente pubblico

Obiettivi e modalità del tirocinio

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Obblighi del tirocinante:

- ❖ Seguire le indicazioni dei tutors e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze;
- ❖ Rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotti od altre notizie relative all'azienda/ente di cui venga a conoscenza, sia durante sia dopo lo svolgimento del tirocinio;
- ❖ Rispettare i regolamenti aziendali/pubblici e le norme in materia di igiene e sicurezza.

INFORMATIVA PROTEZIONE E TRATTAMENTO DATI (PRIVACY)

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (pubblicata al link: https://www.unite.it/UniTE/Engine/RAServeFile.php/f/news/INFORMATIVA_PRIVACY_TIROCINI.pdf) e di autorizzare il trattamento di tutti i dati personali raccolti, inclusi quelli relativi alle categorie particolari, ai fini della presente procedura.

Per presa visione e accettazione

Il TIROCINANTE Firma

AZIENDA/ENTE.....

Settore Qualifica

Sig./Dott

Data..... Firma e timbro.....

Il Direttore del Dipartimento di Medicina Veterinaria

Prof. Lucio PETRIZZI

Teramo,