



**PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO**

**Nominativo del tirocinante:** \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il: \_\_\_\_\_

Residente in: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in Via/Piazza \_\_\_\_\_

Cod. fiscale: \_\_\_\_\_ Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

Indirizzo mail: \_\_\_\_\_

Attuale condizione (barrare la casella che interessa)

- Studente iscritto al corso di Diploma di 1° Livello in \_\_\_\_\_ Matricola \_\_\_\_\_
- Studente iscritto al corso di Diploma di 2° Livello in \_\_\_\_\_ Matricola \_\_\_\_\_
- Ha conseguito da non più di 12 mesi il seguente titolo accademico \_\_\_\_\_  
(soggetto portatore di handicap) SI / NO

**Azienda ospitante:** \_\_\_\_\_

sede in: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in Via/Piazza \_\_\_\_\_

Codice fiscale (NO P.IVA.): \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

Indirizzo mail (in stampatello): \_\_\_\_\_

NUMERO DIPENDENTI: A TEMPO INDETERMINATO: \_\_\_\_\_ A TEMPO DETERMINATO: \_\_\_\_\_

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

Tempi di accesso ai locali (orario): \_\_\_\_\_

Periodo di tirocinio n. ore \_\_\_\_\_ (max 150)

**Tutor Aziendale indicato dal soggetto ospitante:**

(NOME, COGNOME, RUOLO E POSIZIONE ALL'INTERNO DELL'AZIENDA PER ESTESO)

Coperture assicurative date dall'Accademia: Ai sensi del D.P.R. 9.4.1999 n. 156, la copertura contro gli infortuni del tirocinante è assicurata mediante la forma della gestione per conto dello Stato. Responsabilità civile verso terzi e prestatori di lavoro: polizza n. ITBSTQ55490 presso l'Agenzia BENACQUISTA ASSICURAZIONI Infortuni cumulativa: polizza n. ITBSTQ55490 presso l'Agenzia BENACQUISTA ASSICURAZIONI

**Obiettivi e modalità del tirocinio:**

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



Attività e mansioni del tirocinante:

---

---

---

Eventuali facilitazioni previste:

---

---

Scheda informativa sugli eventuali rischi nei luoghi dove verrà svolta l'attività lavorativa:

---

---

Obblighi del tirocinante:

---

---

Carrara, \_\_\_\_\_

LO STUDENTE DICHIARA CHE:

- non vi sono legami di parentela tra il tirocinante e l'Ente Ospitante
- il tirocinante non ha svolto attività di qualsiasi natura presso l'Ente Ospitante nei 24 mesi precedenti l'attivazione del tirocinio
- L'Ente Ospitante non ha al proprio interno Docenti dell'Accademia di Carrara e/o contratti di dipendenza/collaborazione con gli stessi e/o legami di altro tipo con gli stessi

● FIRMA DELLO STUDENTE TIROCINANTE \_\_\_\_\_

● NOME PER ESTESO E FIRMA TUTOR AZIENDALE \_\_\_\_\_

● TIMBRO AZIENDA, NOME PER ESTESO  
E FIRMA LEGALE RAPPRESENTANTE AZIENDALE \_\_\_\_\_

● IL SOTTOSCRITTO PROF. \_\_\_\_\_, TITOLARE DEL CORSO DI \_\_\_\_\_,  
dopo aver preso visione del progetto formativo presentato, autorizza lo studente a svolgere il tirocinio e si impegna  
a seguirlo come TUTOR ACCADEMICO

FIRMA \_\_\_\_\_