



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MACERATA

PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

(Ai sensi del Decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale n. 142 del 25 marzo 1998)

(Rif. Convenzione stipulata in data _____)

Dati anagrafici

Nome e cognome _____
nato a _____ il _____ codice fiscale _____
residente in _____ prov. _____
via/piazza _____ n. civ. _____ cap. _____
telefoni _____ e-mail* _____

(*) campo obbligatorio ai fini delle comunicazioni con il tirocinante e della restituzione del progetto formativo

Attuale condizione

Studente universitario (matr. n. _____) regolarmente iscritto a: (barrare la voce che interessa)

Master di I Livello in Didattica e psicopedagogia per gli alunni con disturbo autistico

del dipartimento di **Scienze della Formazione, dei Beni Culturali e del Turismo**

anno accademico _____ / _____ anno di corso _____

- specificare se trattasi di tirocinio finalizzato al conseguimento di CFU: SI NO

Dati del tirocinio

Denominazione soggetto ospitante
(Ragione sociale) _____

Sede/i del tirocinio
(stabilimento/reparto/ufficio e città) _____

N. dipendenti: _____ - N. di tirocinanti in corso in azienda/ente, questo compreso: _____

Tempi di accesso ai locali del soggetto ospitante (indicare giorni della settimana e orari di presenza nella struttura):

Periodo di tirocinio n. mesi _____ dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____

(oppure n. _____ giorni o n. ore _____ da svolgersi nel suddetto periodo)

Tutor

Tutor accademico indicato dal tirocinante: _____

Tutor indicato dal soggetto ospitante: _____

recapiti tutor soggetto ospitante: e-mail _____ tel. _____

Assicurazioni

- Infortuni sul lavoro INAIL: assolta in base agli artt. 4 e 119 del T.U. 1124/1965

- Responsabilità civile: R.C.T./R.C.O.: ITCANB16118 - ACE European Group Ltd - Direzione Generale Milano

- Polizza infortuni: 2013/05/2462502 - Società Reale Mutua Assicurazioni - Torino

