



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO  
FACOLTÀ DI ECONOMIA  
PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO  
TIROCINIO INTERNO

Nome del tirocinante \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Facoltà \_\_\_\_\_ Corso di Laurea in \_\_\_\_\_

Ordinamento di studi:  V.O.  N.O.,

Se Nuovo Ordinamento indicare il **Livello:**

Triennale (1° livello)  Specialistica (2° livello)  Ciclo unico.

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

**Barrare la casella corrispondente alla tipologia :**

Attuale condizione		Anno di Corso
Studente	<input type="checkbox"/>	
Frequentante Corso post-laurea	<input type="checkbox"/>	
Frequentante Master Universitario	<input type="checkbox"/>	
Frequentante il Corso di Dottorato di ricerca	<input type="checkbox"/>	
Altro (specificare _____)	<input type="checkbox"/>	

**Barrare la casella se soggetto portatore di handicap**

**Struttura Universitaria ospitante** \_\_\_\_\_

**Area di inserimento del tirocinante** \_\_\_\_\_

Sede del tirocinio \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Orario di accesso ai locali della struttura**

Dalle ore \_\_\_\_\_ Alle ore \_\_\_\_\_

Dalle ore \_\_\_\_\_ Alle ore \_\_\_\_\_

Ore settimanali previste \_\_\_\_\_

**Periodo di tirocinio**

N° mesi \_\_\_\_\_ Dal \_\_\_\_\_ Al \_\_\_\_\_

**Tutor universitario** \_\_\_\_\_



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO

FACOLTÀ DI ECONOMIA

## PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

TIROCINIO INTERNO

Tutor aziendale \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

Responsabile Servizio di prevenzione e protezione \_\_\_\_\_

Medico Competente<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

### POLIZZE ASSICURATIVE

**Infortuni sul lavoro INAIL, Posizione n. .** La copertura assicurativa I.N.A.I.L. è assicurata mediante la speciale forma di "Gestione per conto dello Stato" ex artt. 127 e 190 del T. U. n° 1124/65 e D. M. 10/10/1985. In caso di incidente durante lo svolgimento del tirocinio il soggetto ospitante si impegna a segnalare l'evento, entro i tempi previsti dalla normativa vigente.

**Polizza infortuni cumulativa:** “REALE Mutua Assicurazioni S.p.A.”,  
Agenzia Palermo, Cod. Agenzia: n° 880; cod. Sub-Agenzia: n°  
017; polizza n° 2013/05/2393469

**Responsabilità civile:** “REALE Mutua Assicurazioni Infortunio S.p.A.”,  
Agenzia Palermo, Cod. Agenzia: n° 880; cod. Sub- Agenzia: n°  
017; polizza n° 2013/03/2157262

### OBIETTIVI FORMATIVI

#### Competenze da sviluppare:

Di base:

---

---

---

Professionalizzanti:

---

---

---

Trasversali:

---

---

---

<sup>1</sup> Se azienda soggetta a sorveglianza sanitaria



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO  
FACOLTÀ DI ECONOMIA  
PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO  
TIROCINIO INTERNO

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

**OBBLIGHI DEL TIROCINANTE**

- . Seguire le indicazioni dei tutor e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze;
- . Rispettare gli obblighi di riservatezza circa i processi produttivi 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 di igiene e sicurezza;
- . Compilare giornalmente il proprio registro presenze, redigere la relazione finale sull'attività svolta e la scheda di valutazione da consegnare all'Università.

Consenso al trattamento dei dati personali del tirocinante da parte del soggetto ospitante, in applicazione alla Legge n. 196/ 2003 e successive modifiche ed integrazioni.

Barrare in caso di assenso

Palermo \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma per presa visione ed accettazione del tirocinante \_\_\_\_\_

Firma tutor universitario (*Timbro della Facoltà*) \_\_\_\_\_

Firma tutor aziendale (*Timbro della Struttura Ospitante*) \_\_\_\_\_

Presidente CDS/CDL o Delegato/Responsabile Stage/Tirocini di Facoltà \_\_\_\_\_