



Spett.le Azienda

---

---

---

---

**OGGETTO: RICHIESTA ACCOGLIENZA TIROCINANTE**

Si chiede a codesta Azienda \_\_\_\_\_ di accogliere lo/la studente \_\_\_\_\_, iscritto/a al Corso di Studi in \_\_\_\_\_ per un periodo corrispondente a n° ore \_\_\_\_\_ e C.F.U. (Crediti Formativi Universitari) n° \_\_\_\_\_ per lo svolgimento di un tirocinio obbligatorio, formativo e di orientamento, annoverato dal D.M. 509/199, per ciascuna classe di laurea, con l'attribuzione dei relativi crediti formativi.

Si allega:

1. bozza di convenzione;
2. progetto formativo;
3. registro delle presenze.

Cordiali Saluti  
Presidente della Facoltà di Biologia e Farmacia  
Prof. Enzo Tramontano



Rif. Conv. 31093

del 1/11/2002

## Tirocinante

Cognome Nome

Numero matr.

Città di nascita

data di nascita

Città di Residenza

Codice fiscale

Indirizzo

Telefono

Studente diversamente abile

SI

NO

Corso di studi

Situazione studi

## Tirocinio

Tutor aziendale

Docente tutor universitario

Azienda ospitante

Durata del tirocinio

Sede

Inizio del tirocinio  
termine del tirocinio

Orari di accesso ai locali

Polizze assicurative

Inail (infortuni) "gestione per conto dello stato"  
(ex artt. 127 e 190 del T.U. n° 1124/65 e D.M. 10/10/1985)  
Resp. Civile posizione n° : 30997; Compagnia Assic.: Reale Mutua Assicurazioni

## Obiettivi e programma del tirocinio

---

---

---

---

## Obblighi del tirocinante

- Seguire le indicazioni dei tutori e far riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze
- Rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotti o 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



**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CAGLIARI**  
**FACOLTÀ DI BIOLOGIA E FARMACIA**

Tirocini  
Pagina 3 di 6

Palazzo delle Scienze Via Ospedale, 72 • 09124 • Cagliari tel.: 0706758603 • Fax: 0706758665

Cagliari, \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Firma per presa del tutor docente universitario

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma dell'azienda/ente ospitante