

1

PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

(rif. Convenzione n. _____ Stipulata in data _____)

Nominativo del tirocinante _____ Matricola _____

A.A. Immatricolazione _____ Nato a _____ il _____

residente in Via _____

Città _____ (Prov. _____) cap _____

Domicilio _____

cod. fiscale _____

tel. : _____ cell. : _____ e-mail: _____@studenti.unimol.it

- Indicare il percorso di studi a cui è collegato lo Stage/Tirocinio

Laureando _____ corso di laurea triennale

Tipologia di Tirocinio **Selezionare Anno**

Denominazione Corso di Studi **Infermieristica**

Profilo _____

Data conseguimento titolo (solo se laureato) _____

2

- Indicare il percorso di studi a cui è collegato lo Stage/Tirocinio

Laureando _____ corso di laurea triennale

Tipologia di Tirocinio **Selezionare Anno**

- Tirocinio curriculare I anno
- Tirocinio curriculare II anno
- Tirocinio curriculare III anno
- Selezionare Anno

Denominazione Corso di Studi _____

Profilo _____

Data conseguimento titolo (solo se laureato) _____

Azienda ospitante _____

3

Laureando _____ corso di laurea triennale

Tipologia di Tirocinio Selezionare Anno

Denominazione Corso di Studi **Infermieristica**

Profilo _____

Data conseguimento titolo (solo se laureato) _____

Azienda ospitante _____

Sede del tirocinio (stabilimento/reparto/ufficio) _____

Via _____

Referente di sede Direttore Sanitario

tel.: _____ fax: _____ e-mail: _____

Tempi di accesso ai locali aziendali: dalle ore _____ : _____ alle ore _____ : _____

Progetto di riferimento: Progetti Altro specificare) _____

Periodo di tirocinio n° mesi 12 n° ore _____ da Giugno 2023 a Giugno 2024 n° CFU previsti _____

4

consegna, al termine dell'attività di tirocinio, della Relazione finale sull'attività svolta.

Il tirocinante, con la sottoscrizione del presente progetto formativo, inoltre, dichiara che: nel caso in cui, nell'ambito dell'espletamento dell'attività oggetto del tirocinio, dovesse pervenire alla scoperta di invenzioni o ritrovati comunque brevettabili, i relativi diritti, salvo quello di esserne riconosciuto autore, saranno di esclusiva titolarità del soggetto ospitante.

_____, _____

Luogo e data

Per presa visione ed accettazione del progetto formativo e delle prescrizioni in esso contenute.

Il tirocinante _____
(firma)

Per il Soggetto promotore
Il Direttore del Dipartimento

(firma)

Per il soggetto ospitante

Nome Cognome

(firma)

Timbro

Timbro