



Nome e cognome del tutor aziendale: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico tutor aziendale \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

---

---

Polizze assicurative

- \* Infortuni sul lavoro INAIL - Gestione per conto dello Stato – DPR n° 156/99
- \* Copertura Infortuni privata - posizione n. 77.189584808 - UNIPOL SAI -  
-Agenzia Generale di Roma n. 54535 - Via dell'Archetto, n° 16, 00187 Roma.
- \* Polizza RCT/O n.GZCTL00214O-LB Compagnia Lloyd's Insurance Company S.A.  
Sede legale Milano.

**Obiettivi e modalità del tirocinio:**

**Obblighi del tirocinante:**

- seguire le indicazioni dei tutori e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze;
- rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotti 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 in materia di igiene e sicurezza;
- rispettare le norme previste nel Regolamento di Ateneo per la disciplina delle attività di tirocinio e di stage ed, in particolare, quelle relative alla compilazione del libretto-diario ed alla consegna, al termine dell'attività di tirocinio, della Relazione finale sull'attività svolta.

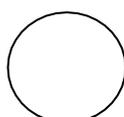
**Il tirocinante, con la sottoscrizione del presente progetto formativo, inoltre, dichiara che: nel caso in cui, nell'ambito dell'espletamento dell'attività oggetto del tirocinio, dovesse pervenire alla scoperta di invenzioni o ritrovati comunque brevettabili, i relativi diritti, salvo quello di esserne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

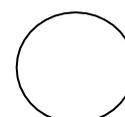


*Timbro*

\_\_\_\_\_  
*(firma)*

Per il soggetto ospitante

\_\_\_\_\_  
*Nome Cognome*



*Timbro*

\_\_\_\_\_  
*(firma)*