

Al direttore dell'Accademia  
di Belle Arti di Urbino  
Via dei Maceri, 2  
61029 Urbino (PU)

Il sottoscritto/a

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ Data nascita \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso) \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Isritto/a nell'a.a. \_\_\_\_\_ Anno di corso \_\_\_\_\_

Corso accademico frequentato \_\_\_\_\_

**Presenta richiesta per svolgere un tirocinio di formazione e orientamento presso:**

Azienda ospitante \_\_\_\_\_

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

Totale numero di giorni \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N. ore complessive da svolgere \_\_\_\_\_

Indirizzo email dell'azienda: \_\_\_\_\_

Nome e dati anagrafici del legale rappresentante: (indicare cognome, nome, luogo e data di nascita)

\_\_\_\_\_

**Obiettivi del tirocinio:**

Acquisizione e sviluppo di competenze professionali attraverso la sperimentazione delle conoscenze teoriche e metodologiche acquisite durante il percorso formativo.

**Modalità:**

L'allievo dovrà presenziare a tutte le operazioni di lavoro intervenendo là dove possibile direttamente sull'opera o nelle procedure inerenti l'attività dello studio sotto l'alta sorveglianza del tutor responsabile.

**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, 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.

Urbino, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma per presa visione ed accettazione del tirocinante

\_\_\_\_\_

Firma per il soggetto promotore: tutor accademico

\_\_\_\_\_

Firma per l'azienda: tutor aziendale

\_\_\_\_\_

## PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

### DATI DEL TIROCINANTE

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ Data nascita \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso) \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Iscritto/a nell'a.a. \_\_\_\_\_ Anno di corso \_\_\_\_\_

Corso accademico frequentato \_\_\_\_\_

Attuale posizione nei confronti dell'Accademia

studente

diplomato

Ragione sociale Ente/Azienda ospitante \_\_\_\_\_

Sede legale dell'ente: \_\_\_\_\_

P.Iva / C.F.: \_\_\_\_\_

Luogo di effettuazione del tirocinio \_\_\_\_\_

Periodo di tirocinio: dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

per un totale di ore \_\_\_\_\_ Settore di inserimento \_\_\_\_\_

Tempi di accesso ai laboratori aziendali \_\_\_\_\_

Obiettivi del tirocinio \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Modalità di esecuzione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Eventuali facilitazioni previste (sussidio di formazione, servizi aziendali)

\_\_\_\_\_

Obblighi del tirocinante:

seguire le indicazioni dei tutori e fare riferimento ad essi su qualsiasi esigenza di tipo organizzativo ed altre evenienze;  
rispettare gli obblighi di riservatezza per quanto attiene a dati, informazioni e conoscenze acquisiti durante e dopo lo svolgimento del tirocinio;  
rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia igiene, sicurezza e salute;

Polizze assicurative:

Copertura assicurativa in conto Stato in forza degli artt. 18 della L. n. 196/1997 ed 1 bis del D.P.R. n. 567/1996, quale modificato dal D.P.R. n. 156/1999 nonché della circolare INAIL AD/230/2002 del 31.07.2002 (infortuni);  
Polizza assicurativa per infortuni e responsabilità civile n. 20297/27031/MCAT, stipulata dall'Istituto con la Benacquista Assicurazioni Snc - Via Lido n. 106 - 04100 Latina (LT)

Ai sensi dell'art. 10 e seguenti della legge 675/1996 sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, con la sottoscrizione del presente contratto e dei relativi allegati il tirocinante esprime il suo consenso al trattamento dei suoi dati personali per finalità connesse al presente rapporto di tirocinio.

Urbino, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

FIRMA

Il tirocinante per accettazione e presa visione

\_\_\_\_\_

Nome e cognome del docente tutor didattico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome e cognome del tutor aziendale

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome e cognome del  
rappresentante legale dell'azienda

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il direttore  
Prof. Luca Cesari

\_\_\_\_\_