

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 _____

Iscritto/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
