



UNIVERSITA ' DEGLI STUDI DI PERUGIA  
Dipartimento di Scienze Agrarie Alimentari e Ambientali  
**Corso di Laurea in**

MODULO DI ISCRIZIONE AL TIROCINIO PRATICO APPLICATIVO

Anno Accademico .....

AL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEL CORSO DI LAUREA IN

(indicare curriculum) .....

....1..... sottoscritt .....

nat..... a .....(prov. di .....) il .....

residente a .....(prov. di .....)

in Via ..... n. telefono .....

cellulare....., Cod. fiscale .....

e-mail... con recapito a .....

in Via .....n. telefono.....

iscritt... al .....anno del Corso di Laurea in .....

n. di matricola .....

1. DICHIARA di aver partecipato al corso sul Dlgs n. 81/2008:  allegato attestato di formazione;

(se conseguito dal 05/10/2018 ad oggi è scaricabile dall' Area Riservata del sito dell'Università degli Studi di Perugia; se conseguito precedentemente richiedere a:

giovanni.chiappavento@unipg.it indicando: cognome, nome, luogo e data di nascita, indirizzo di residenza, Codice Fiscale, Corso di Laurea al momento dello svolgimento del corso in oggetto )

2. DICHIARA di voler frequentare il tirocinio

nell'ambito della organizzazione di Dipartimento.

nell'ambito della mobilità studentesca ERASMUS/SOCRATES

3. DICHIARA di aver acquisito almeno .....CFU necessari per l'accesso al Tirocinio specialistico, secondo quanto stabilito dal Regolamento;

4. INDICA come Tutore il Prof./Dr. ....

5. DICHIARA di essere consapevole che la mancanza del possesso dei requisiti di cui al punto 3

comporterà la decadenza della presente domanda di iscrizione e di eventuali periodi di

Tirocinio frequentati



## ATTIVITÀ A SCELTA DELLO STUDENTE

AMPLIAMENTO DEL TPA ( .....CFU )

Spazio riservato agli studenti che hanno optato per tale tipo di attività formativa

Il sottoscritto ..... come già indicato presso la Segreteria didattica, conferma di voler effettuare un ampliamento dell' attività di Tirocinio Pratico Applicativo al fine di poter conseguire ulteriori..... CFU nell'ambito delle Attività a scelta dello studente.

Tale attività comporterà un impegno pari a..... ore di presenza in azienda.

L'attività di Tirocinio sarà svolta:

PRESSO LA MEDESIMA AZIENDA IN CUI E' STATO SVOLTO IL RESTO DEL TPA ;

NELLA SEGUENTE AZIENDA ;

.....

In Fede

.....

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PERUGIA**  
**DIPARTIMENTO DI SCIENZE AGRARIE, ALIMENTARI E AMBIENTALI**

**PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO** (Rif. Convenzione N. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_)

**CORSO DI LAUREA IN:** \_\_\_\_\_ **ANNO DI CORSO** \_\_\_\_\_ **MATR. N.** \_\_\_\_\_

**Dati tirocinante:** Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Provincia (\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Provincia (\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Codice Fiscale** \_\_\_\_\_

Domiciliato a (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_ Provincia (\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cittadinanza :  Italiana;  Paese UE;  Paese non appartenente all'Unione Europea

Solo per i cittadini extracomunitari: Permesso di soggiorno/Carta di soggiorno n. \_\_\_\_\_

Rilasciata il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Data scadenza \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Per motivi di \_\_\_\_\_

(barrare se trattasi di soggetto portatore di handicap)

**SI      NO**

**Periodo di svolgimento del tirocinio:** Mesi n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Tempi di accesso ai locali aziendali: \_\_\_\_\_

**Orario indicativo di svolgimento** (*giorni settimanali e orario giornaliero: max 40 ore settimanali su 5 o 6 giorni lavorativi con 1 ora pausa pranzo*)

**SOGGETTO OSPITANTE** \_\_\_\_\_

**Sede/i di svolgimento del tirocinio (stabilimento/reparto/ufficio):**

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ (Provincia) (\_\_\_\_) Cap. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ (Provincia) (\_\_\_\_) Cap. \_\_\_\_\_

**Modalità rilevazione presenze:** registro presenze.

**TUTOR DIDATTICO: Prof./dr.** \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**TUTOR AZIENDALE:** Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

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

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Polizze assicurative:**

Infortuni sul lavoro INAIL: Gestione per conto dello Stato

Responsabilità civile: AXA ASSICURAZIONI SpA - polizza n. 406283501 - durata: 31/12/2020-31/12/2023

**Obblighi del tirocinante:**

Il tirocinante dichiara di assumersi l'obbligo di:

- svolgere le attività oggetto del tirocinio, stabilite dal soggetto promotore e previste dal progetto formativo e di orientamento;
- rispettare le indicazioni del tutore aziendale e del tutore didattico;
- frequentare l'Azienda/Ente ospitante nei tempi e con le modalità previste dal progetto formativo, rispettando gli orari e l'ambiente di lavoro, le regole e i modelli di comportamento aziendali concordati;
- compilare il registro presenze e consegnarlo alla Presidenza del Corso di Laurea di afferenza a fine tirocinio;
- segnalare al tutore aziendale e al Dipartimento eventuali infortuni;
- rispettare le norme in materia di igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro, con particolare riferimento all'art. 20 del D. lgs 81/08;
- mantenere la necessaria riservatezza per quanto attiene a dati, informazioni o conoscenze in merito a processi produttivi e prodotti acquisiti durante lo svolgimento del tirocinio.

**Obiettivi:**

---

---

**Attività del Tirocinante:**

---

---

**Modalità di svolgimento:**

---

---

**Perugia** \_\_\_\_\_

Firma Tirocinante (per presa visione e accettazione) \_\_\_\_\_

Firma per il Soggetto ospitante: \_\_\_\_\_

Firma per il Soggetto promotore (Direttore DSA3): \_\_\_\_\_

Allegato 1

Al Direttore del Dipartimento di  
Scienze Agrarie, Alimentari e Ambientali  
(DSA3)  
Università degli Studi di Perugia

Il sottoscritto..... in qualità di Legale Rappresentante  
del Soggetto Ospitante (o delegato) .....

dichiara che presso la struttura frequentata dal Tirocinante .....  
sono messe in atto tutte le misure, precauzioni e norme di comportamento previste dai DPCM  
emanati in fase di emergenza COVID 19.

Che il/i Tutor aziendale/i ..... provvederà alla vigilanza  
di comportamenti corretti da parte del tirocinante in base a quanto sopra indicato.

Il Tirocinante si impegna a rispettare tutte le norme di comportamento atte ad assicurare che l'attività  
di tirocinio sia svolta in condizioni di massima sicurezza ed a far uso di dispositivi idonei.

In fede

Il Legale rappresentante.....

Il Tutor aziendale.....

Il Tirocinante.....

Data,

**Visto si autorizza**

**Il Direttore del DSA3**