



Università degli Studi di Firenze

FACOLTA' di

PROGETTO DI FORMAZIONE

(Rif. Convenzione stipulata in data _____ tra l'Università degli Studi di Firenze e _____)

Numero matricola del tirocinante _____

Codice identificativo tirocinio (Facoltà, corso di laurea o diploma, anno, n. progressivo) _____

Nominativo del tirocinante _____

nato a _____ il _____

residente in _____ Via _____ città _____

tel. _____ e-mail _____

domiciliato in _____ Via _____ città _____

tel. _____ cell _____

Codice Fiscale _____

Condizione attuale del tirocinante

Studente universitario/laureato/diplomato _____

barrare se trattasi di soggetto portatore di handicap •
(Il dato sarà trattato ai sensi della Legge 21 dicembre 1996 n. 675)

Codice identificativo azienda _____

Azienda ospitante (sede legale)

Indirizzo _____ tel. _____ fax _____ e-mail _____

Sede/i del tirocinio (stabilimento/reparto/ufficio/)

Tempi di accesso ai locali aziendali

Periodo del tirocinio

N° mesi

dal.....al.....

Eventuale sospensione dal.....al.....

Crediti universitari attribuibili alla attività di tirocinio • •

Tutore universitario (indicato dalla struttura didattica coinvolta)

..... e-mail

Tutore aziendale

..... e-mail

Polizze assicurative:

Infortunati sul lavoro copertura INAIL (gestione per conto Stato)

Responsabilità civile polizza n° 1600137 - compagnia: Lloyd's.

