



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MACERATA  
**PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO**

(Art. 4, quinto comma, del decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale n. 142 del 25 marzo 1998)  
**(Rif. Convenzione stipulata in data \_\_\_\_\_)**

Cognome e nome del tirocinante \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

via/p.za \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

telefoni \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

domiciliato ai fini del presente tirocinio in (*compilare solo se il domicilio è diverso dalla residenza*):

\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

via/p.za \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

telefoni \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Attuale condizione (*barrare la voce che interessa*):

- studente universitario (matr. n. \_\_\_\_\_), regolarmente iscritto a:

- Corso di Laurea di 1° livello in **Economia aziendale**
- Corso di Laurea di 1° livello in **Economia bancaria finanziaria e assicurativa**
- Corso di Laurea di 1° livello in **Economia e commercio internazionale**
- Corso di Laurea magistrale in **Consulenza e direzione aziendale**
- Corso di Laurea magistrale in **Mercati e intermediari finanziari**
- Corso di Laurea magistrale in **Pubblicità e comunicazione di impresa**

della **Facoltà di Economia**, anno accademico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, anno di corso \_\_\_\_\_

(*specificare la tipologia del tirocinio*):

- tirocinio finalizzato al riconoscimento di CFU:

- tirocinio/stage* (= 24 giornate lavorative)
- tirocinio/stage finalizzato* (= 72 giornate lavorative)
- tirocinio formativo obbligatorio* (LM-77 - consultare il regolamento per l'attivazione)

**oppure**

tirocinio **non** finalizzato al riconoscimento di CFU

- portatore di handicap:  sì  no

Soggetto ospitante \_\_\_\_\_

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

Tempi di accesso ai locali del soggetto ospitante (*specificare giorni e orario di tirocinio*):

Periodo di tirocinio n. mesi \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

(Oppure n. \_\_\_\_\_ giorni da svolgere nel periodo compreso tra il \_\_\_\_\_ e il \_\_\_\_\_)

(Oppure n. ore \_\_\_\_\_)

Tutore indicato dal soggetto promotore (Università degli Studi di Macerata):

\_\_\_\_\_

Tutore aziendale:

---

**Polizze assicurative:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Infortuni sul lavoro INAIL | assolta in base agli artt. 4 e 119 del T.U. 1124/1965 |
| <input type="checkbox"/> Responsabilità civile      | n. 047 00519136 (compagnia: ASSITALIA)                |
| <input type="checkbox"/> Polizza infortuni          | n. 2019/77/31627365 (compagnia: UNIPOL)               |

**Obiettivi e modalità di svolgimento del tirocinio:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Facilitazioni previste:** \_\_\_\_\_

**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 relativi al soggetto ospitante, di cui venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio;
- rispettare i regolamenti del soggetto ospitante e le norme in materia di igiene e sicurezza.

Macerata, \_\_\_\_\_

Firma per presa visione ed accettazione del tirocinante

---

Timbro e firma per il soggetto promotore (Università degli Studi di Macerata)

---

Timbro e firma per il soggetto ospitante

---