



Servizio Post Laurea  
UOC Post Laurea

Convenzione collettiva n. .... stipulata in data ..... con scadenza .....

## PROGETTO FORMATIVO DI TIROCINIO DIDATTICO

### SOGGETTO PROMOTORE

Università degli studi di Pavia  
Corso Strada Nuova, 65  
27100 Pavia  
CF 80007270186  
P.IVA 00462870189

### TIROCINANTE

Cognome e nome \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

Domiciliato (se diverso da residenza) in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

Telefono cellulare \_\_\_\_\_ Telefono abitazione \_\_\_\_\_

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

Matricola \_\_\_\_\_ Tipo corso studio \_\_\_\_\_

Nome Corso \_\_\_\_\_

### SOGGETTO OSPITANTE

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

P.IVA \_\_\_\_\_

### Sede legale:

Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**Sede operativa di attuazione del tirocinio:**

Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**Natura Giuridica:**

Pubblica amministrazione (art.1 c.36 L.92/2012)                       altro soggetto

Codice ATECO attività \_\_\_\_\_

**Persona referente per la procedura amministrativa dello stage:**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Ufficio \_\_\_\_\_

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

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**Contratto di lavoro:**

Inserire CCNL applicato dal soggetto ospitante: \_\_\_\_\_

**GESTIONE DEL TIROCINIO**

**Tutor soggetto promotore:**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

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

Telefono \_\_\_\_\_

**Tutor aziendale:**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

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

Telefono \_\_\_\_\_

Ruolo ricoperto in azienda \_\_\_\_\_

Inquadramento (*opzioni*) \_\_\_\_\_

**INDENNITÀ DI PARTECIPAZIONE**

Prevista                       Non prevista

Inserire importo mensile lordo: \_\_\_\_\_

Buoni pasto                       Servizio mensa

**RIMBORSO SPESE DI PARTECIPAZIONE**

*Inserire descrizione dettagliata delle eventuali spese che saranno rimborsate.*

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

---

---

### **GARANZIE ASSICURATIVE OBBLIGATORIE**

L'Università degli Studi di Pavia, a norma di legge, garantisce ai propri studenti e dipendenti, idonea tutela INAIL contro gli infortuni attraverso il meccanismo della "gestione per conto dello Stato" e adeguata copertura assicurativa per i rischi derivanti dalla Responsabilità Civile (Polizza n. 178262860 – Compagnia Assicuratrice: UNIPOL SAI Assicurazioni).

Inoltre, i tirocinanti regolarmente iscritti all'Ateneo, usufruiscono di una ulteriore polizza integrativa per il rischio infortuni (Polizza n. 406392448 – Compagnia Assicuratrice: AXA).

Per ulteriori informazioni: <http://wcm-3.unipv.it/site/home/ateneo/amministrazione/direzione-generale/servizio-legale/articolo1430.html>

### **OBIETTIVI E MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO**

Durata (*n. mesi*) \_\_\_\_\_

Data inizio (*data di avvio prevista*) \_\_\_\_\_

Data fine (*data di conclusione prevista*) \_\_\_\_\_

Articolazione oraria (*indicare le ore giornaliere e settimanali in coerenza con il contratto collettivo applicato dal soggetto ospitante*).

---

---

---

### **AMBITO/I DI INSERIMENTO**

*Descrivere brevemente l'ambito aziendale in cui si svolgerà il tirocinio (ad esempio: settore, reparto, ufficio; descrizione di massima delle attività che vengono svolte in tale ambito, ecc.).*

---

---

---

---

---

### **ATTIVITÀ OGGETTO DEL TIROCINIO**

*Descrivere brevemente le attività oggetto del tirocinio.*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



- 5) in caso di tirocinio svolto in presenza l'ente garantisce il rispetto del "[Documento tecnico sulla possibile rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da SARS-CoV 2 nei luoghi di lavoro e strategie di prevenzione](#)";
- 6) in caso di infortunio o incidente durante lo svolgimento del tirocinio il soggetto ospitante si impegna a segnalare l'evento, entro i tempi previsti dalla normativa vigente, agli istituti assicurativi indicati nel presente progetto, facendo riferimento al rispettivo numero della polizza, ed al soggetto promotore.

---

**Al termine del tirocinio il Soggetto Ospitante si impegna a redigere una breve relazione relativa alla durata e alla natura del tirocinio comunicando il numero delle ore svolte dal tirocinante ed a consegnare il registro delle presenze al coordinatore del master universitario.**

---

Con la sottoscrizione del presente Progetto formativo, il tirocinante, il soggetto promotore e il soggetto ospitante dichiarano:

- che le informazioni contenute nel presente Progetto Formativo sono rese ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e di essere consapevoli delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445;

- di esprimere, ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, il consenso al trattamento, anche automatizzato, dei dati personali contenuti nel presente Progetto Formativo, inclusa la loro eventuale comunicazione a soggetti terzi specificatamente incaricati, limitatamente ai fini della corretta gestione del tirocinio, da parte del soggetto promotore e del soggetto ospitante e ai fini delle funzioni di controllo e monitoraggio, da parte di Regione Lombardia, fatto salvo quanto stabilito dall'art. 7 del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196.

**Progetto di tirocinio approvato dal tutore universitario Prof./Dott. \_\_\_\_\_**

(firma) \_\_\_\_\_

**Tirocinante**

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

(firma) \_\_\_\_\_

**Soggetto ospitante**

\_\_\_\_\_  
*Denominazione soggetto ospitante*

(firma) \_\_\_\_\_