

**PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO**  
**ART.4, COMMA 2 DEL D.M. N°142 DEL 25 MARZO 1998**  
(rif. Convenzione del )

**Nominativo della/del tirocinante:**  
**matricola:** \_\_\_\_\_ **CFU: .....** (previsti sul PdS)  
 Nata/o a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 Residente in: \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale: \_\_\_\_\_  
 Recapito telefonico: \_\_\_\_\_ ☒: \_\_\_\_\_  
 (barrare se trattasi di soggetto con disabilità) \_\_\_\_\_ ☐

**Attuale condizione** (barrare la casella):

- Studentessa/studente universitario del Corso di Laurea in “Psicologia Generale, dello Sviluppo, del Genere e del Comportamento Sociale” - cod. Corso: Y44
- Inoccupata/o ☐ \_\_\_\_\_ disoccupata/o ☐ \_\_\_\_\_ occupata/o ☐ \_\_\_\_\_  
 (Obbligatorio barrare una casella)
- *Inoccupato= mai contratto* \_\_\_\_\_ *disoccupato= contratti in precedenza* \_\_\_\_\_ *Occupato=attualmente sotto contratto* \_\_\_\_\_

**NB** studentesse/studenti *attualmente sotto contratto* devono svolgere il Tirocinio al di fuori dell'orario di lavoro

**Azienda ospitante** (*ragione sociale e indirizzo*): \_\_\_\_\_

Numero di dipendenti assunti a tempo indeterminato: .....

**Sede del tirocinio** (*indirizzo completo*): \_\_\_\_\_

Tempi di accesso ai locali aziendali: (**specificare giorni della settimana e orari**) \_\_\_\_\_

Periodo di tirocinio n° mesi: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 (Con possibilità di proroga entro i limiti previsti dalla normativa vigente)

**Tutor Universitario:** **Elias Casula** Tel.: 06.7259.6150 ☒: elias.casula@gmail.com Qualifica: \_\_\_\_\_  
**Tutor Aziendale:** \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ ☒: \_\_\_\_\_ Qualifica: \_\_\_\_\_

**Obiettivi e modalità del tirocinio: (breve descrizione dell'attività)**

\_\_\_\_\_

**Facilitazioni previste (indicare l'esatto ammontare di eventuali rimborsi forfetari, buoni pasto ecc.)**

\_\_\_\_\_

**Polizze assicurative:**

Infortuni sul lavoro INAIL posizione n° 00000000 (gestione per conto) D.M. 10.10.1985 e art. 2 D.P.R. n. 156/1999  
Responsabilità civile polizza n. 65.180533004 Compagnia UnipolSai Assicurazioni Spa  
Altro: Infortuni cumulativa polizza n. 48240051 Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA

**Obblighi della/del tirocinante:**

- Seguire le indicazioni dei tutor e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze, impegnandosi a svolgere il programma concordato con l'Azienda e riportato nel progetto formativo e di orientamento con puntualità, serietà e precisione;
- Rispettare gli obblighi di riservatezza circa 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.

Al link <http://utov.it/s/privacy> il tirocinante trova "L'informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 per gli utenti che intendono iscriversi alle prove di ammissione e agli esami di stato, per gli utenti che intendono immatricolarsi ai corsi di studio e per gli studenti, laureandi, laureati, specializzandi, tirocinanti e dottorandi dell'Ateneo". Con la sottoscrizione il tirocinante dichiara di aver preso visione dell'informativa sopracitata ed esprime il suo consenso a che i suoi dati personali vengano comunicati all'Azienda limitatamente ai trattamenti connessi alle finalità del presente rapporto di tirocinio. Si fa presente che il tirocinante che non fornisce il consenso a che i suoi dati personali siano comunicati all'Azienda, limitatamente ai trattamenti connessi alle finalità del presente rapporto di tirocinio, non può prendere parte all'attività di tirocinio.

Eventuali variazioni dei dati riportati nel presente documento (sede del tirocinio, trasferte, interruzione anticipata, tutors, obiettivi e modalità) dovranno essere comunicate dall'Azienda/Ente ospitante almeno 10 giorni prima, al seguente indirizzo e-mail: [didattica-pdt@psicologia.uniroma2.it](mailto:didattica-pdt@psicologia.uniroma2.it).

In caso di proroga, la relativa richiesta dovrà pervenire, al seguente indirizzo e-mail [didattica-pdt@psicologia.uniroma2.it](mailto:didattica-pdt@psicologia.uniroma2.it), almeno 10 giorni prima del termine dell'attività, ai fini del prolungamento della copertura assicurativa.

Roma,

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA TOR VERGATA**

La Presidentessa/Il Presidente del Corso di Laurea in "Psicologia Generale, dello Sviluppo, del Genere e del Comportamento Sociale"

.....  
**(RAGIONE SOCIALE DELL'AZIENDA)**

La/Il Rappresentante legale (.....)

.....  
**Firma per presa visione ed accettazione della/del tirocinante**

(.....) .....

Dichiaro di aver preso visione dell' " *Informativa ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 ("GDPR") per il trattamento dei dati personali dei soggetti che intendono attivare e svolgere tirocini curriculari od extracurriculari presso l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata o presso enti pubblici/aziende ospitanti*" che si trova al link <http://utov.it/s/privacy> e acconsento che i miei dati personali vengano comunicati all'Azienda limitatamente ai trattamenti connessi alle finalità del presente rapporto di tirocinio.

**Firma della/del tirocinante**

(.....).....



TOR VERGATA  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA