



Università degli Studi "G. d'Annunzio"  
Chieti-Pescara  
Dipartimento di FARMACIA



Prot. n. ....

Chieti, .....

Rep. n. ....

**PROGETTO FORMATIVO e di ORIENTAMENTO**

(Rif. Convenzione stipulata in data \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_)(1)

Autorizzazione del Consiglio del CdS del \_\_\_\_\_

Nome e Cognome del tirocinante \_\_\_\_\_

matr. n. \_\_\_\_\_ Corso di Laurea  Specialistica  Magistrale in \_\_\_\_\_

Dipartimento di Farmacia - anno di corso \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ tel n. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ cod. fisc. \_\_\_\_\_

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

Settore produttivo \_\_\_\_\_

Sede/i di svolgimento stage (stabilimento/reparto/ufficio) \_\_\_\_\_

Tempi di accesso presso la sede ospitante \_\_\_\_\_

Giorni \_\_\_\_\_

Orari \_\_\_\_\_

Ore settimanali \_\_\_\_\_

Periodo di permanenza \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Tutore (indicato dall'Università) \_\_\_\_\_

recapiti tel \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Tutore aziendale \_\_\_\_\_

recapiti tel \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Polizze assicurative (a carico dell'Università):

- Gestione per conto - Posizione INAIL PAT n. 90297236.
- Polizza Infortuni Cumulativa Compagnia AXA ASSICURAZIONI n. 409232576.
- Responsabilità Civile RCTO Compagnia LIBERTY MUTUAL INSURANCE n.LSM0000031381.

Area o settore aziendale di inserimento\_\_\_\_\_

-----

Mansioni previste\_\_\_\_\_

-----

Obiettivi e modalità di svolgimento del tirocinio\_\_\_\_\_

-----

-----

-----

-----

-----

-----

Facilitazioni previste

- Rimborso spese euro \_\_\_\_\_  Borsa di studi euro\_\_\_\_\_  Vitto - buoni pasto
- Nessuna      Alloggio                       Altro (indicare)\_\_\_\_\_

-----

Obblighi del tirocinante

- Svolgere le attività previste dal progetto formativo e di orientamento;
- Seguire le indicazioni dei tutor e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze;
- Rispettare, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio, gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotti od altre notizie relative all'azienda di cui venga a conoscenza;
- Rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro.

Luogo e data di consegna del progetto formativo\_\_\_\_\_

Firma per presa visione ed accettazione del tirocinante\_\_\_\_\_

**Per l'Università "Gabriele d'Annunzio" di Chieti**

Il Direttore del Dipartimento di Farmacia, Prof. Luigi Brunetti\_\_\_\_\_

**Per il soggetto ospitante**

Il legale rappresentante, Dott. \_\_\_\_\_

Timbro e Firma \_\_\_\_\_

**Note:**

(1)Indicato a cura dell'Università

(2)PAT INAIL riferita all'Ateneo come "Gestione per Conto" da utilizzarsi per la comunicazione obbligatoria al CPI a cura del soggetto ospitante

(3)Estensione internazionale