

MITT.:LUCIOTTI LORENZA

FRAZ. VILLA ROSSI

64041 CASTELLI (TE)

COMUNE DI CASTELLI	
PROVINCIA DI TERAMO	
Prot. N. 361	
11/02/2012	
☒ sindaco	☐ anagrafe e dati demografici
☐ segreteria	☐ fiscalità
☐ ragioneria	☐ stato
☐ ufficio elettorale	☐ ufficio tecnico

Spett.le COMUNE DI CASTELLI

Loc. Villaggio Artigiano

c.a del Sindaco Rinaldo SECA

64041 CASTELLI (TE)

OGGETTO: Richiesta svolgimento tirocinio formativo

La sottoscritta LUCIOTTI LORENZA nata a L'AQUILA il 06/02/1999 residente a Castelli (TE) in Fraz. dell'Università dell'Aquila

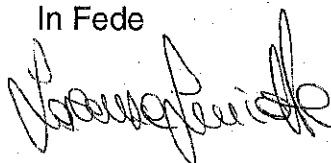
CHIEDE

alla S.V. di poter svolgere il tirocinio formativo e di orientamento di 200 ore presso la Vostra sede per poter conseguire i CFU per il corso di laurea sopra citato.

Allega convenzione

Distinti saluti

In Fede





Università degli Studi dell'Aquila
Dipartimento di Scienze Umane

A.A. 2018/2019

Convenzione per lo svolgimento di attività di tirocinio e di orientamento (ai sensi dell'art. 18 Legge 196/97 e dell'art. 1 Decreto Ministero del Lavoro e Previdenza Sociale n. 142/98 e della Legge 148 del 14.09.2011) per studenti, laureati e diplomati del Dipartimento di Scienze Umane Università degli Studi dell'Aquila

PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO
Corso di laurea in Scienze della Formazione e del Servizio Sociale – S3C classe L19&L39

CONVENZIONE		ENTE OSPITANTE
REP N.	DATA	

COGNOME	NOME	MATRICOLA
LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE
TELEFONO	E-MAIL	
	@student.univaq.it	

Decorsi 10 gg dal deposito della pratica l'interessato/a può prendere direttamente contatti con la struttura per l'inizio del tirocinio

SETTORE DI INSERIMENTO DEL TIROCINIO	
L19 Scienze dell'educazione e della formazione ☐	L39 Servizio sociale ☐

LUOGO DI EFFETTUAZIONE DEL TIROCINIO
VIA _____ CITTÀ' _____ CAP _____

CFU DA MATURARE	RELATIVI AL SEGUENTE ANNO	ORE	MESI	DAL/AL- La data di inizio deve ritenersi vincolante	
				mese	anno
				mese	anno

*(L'inizio del tirocinio è subordinato alla firma da parte del Direttore del Dipartimento e alla notifica mediante posta elettronica certificata all'Ente ospitante). Il termine indicato può essere prorogato entro i limiti massimi previsti dalla normativa vigente

TEMPI DI ACCESSO AI LOCALI
MATTINA – POMERIGGIO IN BASE AGLI ORARI CONCORDATI CON L'ENTE OSPITANTE



Università degli Studi dell'Aquila
Dipartimento di Scienze Umane

Obiettivi del tirocinio _____

Modalità _____

IL/LA TUTOR UNIVAQ	TELEFONO	IL/LA TUTOR AZIENDALE	TELEFONO
_____	_____	_____	_____

Coperture assicurative:

- INAIL Copertura assicurativa "in conto Stato" ex art. 2, D.P.R. n. 156 del 9.04.1999.
- INAIL D.M. 10/10/1985 "Regolamentazione della gestione per conto dello Stato" dell'assicurazione contro gli infortuni dei dipendenti statali attuata dall'INAIL
- Polizza infortuni assegnata a GENERALI ASS.NI n. 380147665 (scadenza 31/12/2020)
- Polizza RCT assegnata a QBE INSURANCE n. 060.0000176 (scadenza 31/12/2020)

Obblighi del/della tirocinante:

- Seguire le indicazioni dei tutori e fare riferimento ad essi su qualsiasi esigenza di tipo organizzativo ed altre evenienze;
 - Rispettare gli obblighi di riservatezza per quanto attiene ai dati, informazioni e conoscenze in merito all'attività di ricerca dell'Ente/Azienda, acquisiti durante e dopo lo svolgimento del tirocinio;
 - Rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza;
- Ai sensi degli artt. 10 e seguenti della legge 675/96, sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, con la sottoscrizione il tirocinante esprime il suo consenso a che i suoi dati personali vengano comunicati all'Università limitatamente ai trattamenti connessi alle finalità del presente rapporto di tirocinio. La sottoscrizione del presente modello comporta anche il consenso del tirocinante al trattamento dei suoi dati personali nel senso sopra indicato.

Firma del/della tirocinante	Firma del/della Tutor universitario/a
_____	_____
Firma del/della Tutor dell'Azienda ospitante	Firma del/della Legale rappresentante (TIMBRO DELLA STRUTTURA E FIRMA)
_____	_____

RISERVATO ALL'UFFICIO

Pratica n.	Originale in unica copia depositato il _____ DSU-SAD
L'Aquila	Il Direttore del Dipartimento di Scienze Umane - <i>Prof. Simone Gozzano</i>