



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TRIESTE**

Dipartimento di Fisica - Segreteria Didattica

PROGETTO DI FORMAZIONE PER STAGE PRESSO ISTITUZIONI UNIVERSITARIE

Dati anagrafici dello stagista

Cognome e nome
 Numero matricola
 Codice Fiscale
 nato a il
 residente in Via
 tel. e-mail

barrare se trattasi di soggetto portatore di handicapⁱ _

Dipartimento ospitante

Denominazione
 Indirizzo (sede legale)
 tel. fax e-mail
 Sede/i dello stageⁱⁱ (stabilimento/reparto/ufficio/dipartimento)

Tutore universitario

..... e-mail
 indirizzo tel:

Periodo dello stage

N° mesi dal al
 Eventuale sospensione dal al

Crediti universitari attribuibili alla attività di stage (tirocinio)ⁱⁱⁱ

Polizze assicurative^{iv}:

- Polizza aggiuntiva contro il rischio degli infortuni: pol. n. 412248780, con scadenza 31/12/2025 stipulata con AXA Assicurazioni S.p.A.
- Responsabilità civile verso terzi: pol. n. 412222617, con scadenza 31/12/2025 stipulata con AXA Assicurazioni S.p.A.

Obiettivi e modalità dello stage

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Obblighi dello stagista:

- svolgere le attività previste dal progetto formativo e di orientamento;
- rispettare le norme in materia di igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro;
- mantenere la necessaria riservatezza per quanto attiene ai dati, informazioni o conoscenze acquisiti durante lo svolgimento dello stage;
- rispettare gli orari concordati e le norme comportamentali previste nel Dipartimento ospitante;
- seguire le indicazioni del tutore e fare riferimento ad esso per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze;
- assumersi in proprio la responsabilità di tutti gli eventuali danni arrecati alle strumentazioni, alle collezioni e alle strutture del Dipartimento, per imperizia, disattenzione o non rispetto delle norme d'uso. Inoltre lo stagista deve immediatamente segnalare al docente responsabile eventuali difetti di funzionamento delle apparecchiature e al termine del loro utilizzo deve provvedere alla loro pulizia e al riordino delle zone di lavoro.

L'inosservanza di questi obblighi comporta l'immediata revoca dell'autorizzazione alla frequenza dei locali del dipartimento.

(data)

Firma per presa visione ed accettazione del tirocinante

Firma del tutore universitario

Firma del Coordinatore del Corso di Laurea

**In qualità di Direttore del Dipartimento di
autorizzo lo/a studente/ssa a frequentare i locali del Dipartimento
per lo svolgimento di uno stage formativo della durata sopraindicata.**

Firma del Direttore del Dipartimento ospitante.....data.....

ⁱⁱ Indicare tutte le sedi di svolgimento abituale dello stage ai fini della copertura assicurativa del tirocinante. In caso di attività svolte occasionalmente in altro stabilimento o fuori sede è necessario darne preavviso via fax al n. 040.5583350.

ⁱⁱⁱ (1 credito = 25 ore di lavoro effettivo)

^{iv} Si prenda visione dell'informativa alla pagina: <http://www2.units.it/dida/ordamm/?file=NormeInfortuni.inc>