



PROGETTO FORMATIVO e di ORIENTAMENTO

(da compilare in formato **leggibile** e sottoscrivere)

• **Nominativo del Tirocinante** _____ Matricola _____
Nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____
codice fiscale: _____ tel. _____
e-mail: _____

Iscritto al Corso di Laurea in MEDICINA VETERINARIA

• **Azienda Ospitante** _____
Indirizzo Completo _____
Sede del tirocinio _____
Attività prevista fuori sede _____
Tempi di accesso ai locali della struttura: indicativamente dalle ore _____ alle ore _____
con eventuali rientri dalle ore _____ alle ore _____ e comunque secondo quanto
concordato tra il tutor aziendale ed il tirocinante per lo svolgimento ottimale delle attività.

Periodo di tirocinio (g/m/a) dal _____ al _____

Obblighi del tirocinante:

- *seguire le indicazioni dei tutori e far riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo o altre evenienze;*
- *rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotto o 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.*

Parte riservata all'Ufficio Stage :

Infortuni sul lavoro INAIL pos. n. **3151 Gestione per conto dello Stato. RCT/O n. 410656394**,
Compagnia di Assicurazioni AXA S.p.A.

Riferimento Convenzione stipulata in data e/o Aut. Scuola per studenti interni del

Parte riservata ai TUTOR :

Tutor Unicam: **PROF. LOSCHI ANNA RITA**

Firma _____

Tutor Aziendale: _____
(nome e cognome)

Firma _____

Progetto formativo definito dai TUTOR:

ISPEZIONE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE (Area B):

☐ **Mattatoio per pollame (20 ore):**

Controllo documentale: identificazione e informazione sulla catena alimentare

Metodologia visita ispettiva *ante mortem*

Valutazione del rispetto del benessere animale durante la fase di scarico e stordimento

Metodologia visita ispettiva *post mortem* e giudizio ispettivo/destino delle carni

Per presa visione e accettazione:

Il Tirocinante _____ Firma _____

AZIENDA/ENTE/IMPRESA _____

Settore _____ Qualifica _____

Sig./Dott. _____

Timbro Azienda

Data _____ Firma _____

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CAMERINO

Delegato del Rettore per "Stage e Placement"

(D.R n.0086669 del 13/12/2023)

Prof. Francesco Nobili
