



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 CASEIFICIO ARTIGIANALE AMICI DI AMICI AUGUSTO**

Indirizzo completo **VIA M. SANTONI, 2 – 62032 CAMERINO (MC)**

Sede del tirocinio **CASEIFICIO ARTIGIANALE AMICI - CAMERINO**

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 :

Infortunati sul lavoro INAIL pos. n. **3151 Gestione per conto dello Stato**. RCT/O n. **1/52456/65/152872684**, Compagnia di assicurazione UNIPOLSAI - Divisione La Fondiaria - Agenzia di Camerino.

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

Parte riservata ai TUTOR :

Tutor Unicam: **LOSCHI ANNA RITA** Firma _____

Tutor Aziendale: **AMICI AUGUSTO** Firma _____

Progetto formativo definito dai TUTOR:

Stabilimento di produzione di latte alimentare trattato termicamente e/o di prodotti lattiero-caseari (50 ore)

Tecnologia di lavorazione

Prerequisiti

Identificazione dei pericoli

Identificazione dei CCP (compresi monitoraggio, limiti critici e misure correttive)

Per presa visione e accettazione:

Il Tirocinante _____ Firma _____

AZIENDA/ENTE/IMPRESA _____

Settore: **ALIMENTARE** Qualifica: **TITOLARE**

Rappresentata dal Sig/Dott **AMICI AUGUSTO**

Timbro Azienda

Data _____ Firma _____

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CAMERINO

Delegato del Rettore per "Stage e Placement"

(D.R.n.18763 del 21.11.2017)

Dott. Francesco Nobili _____