



## **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 :**

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: **PROF. LOSCHI ANNA RITA** Firma \_\_\_\_\_

Tutor Aziendale: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
(nome e cognome)

**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 \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

Rappresentata dal Sig./Dott \_\_\_\_\_

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** \_\_\_\_\_