



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 SALUMIFICIO "SA.MO." srl**

Indirizzo Completo LOC. TERRICOLI snc – 62024 MATELICA (MC)

Sede del tirocinio SALUMIFICIO "SA.MO." - MATELICA

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. 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: **TRONCHI ALBERTO** Firma _____

Progetto formativo definito dai TUTOR:

☐ **Stabilimento di produzione di prodotti a base di carne (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 **SALUMIFICIO "SA.MO." srl**

Settore: **ALIMENTARE**

Qualifica: **TITOLARE**

Sig/Dott **TRONCHI ALBERTO**

Timbro Azienda

Data _____ Firma _____

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CAMERINO

Delegato del Rettore per "Stage e Placement"

(D.R.n.18763 del 21.11.2017)

Prof. Francesco Nobili _____