Università degli Studi di Camerino UNICAM
Area Servizi agli Studenti
Ufficio Tutorato, Orientamento e Placement
STAGE e Placement
0737-40.2440 - stage.ateneo@unicam.it

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. **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: **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.0086669 del 13/12/2023)

Prof. Francesco Nobili _____