



**FACOLTÀ DI SCIENZE POLITICHE**

**PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO**

(da compilare e sottoscrivere in duplice copia)

Riferimento Convenzione stipulata in data \_\_\_\_\_

**Polizze assicurative**

Infortuni sul lavoro Inail: gestione per conto dello Stato

Polizza Infortuni Cumulativa UNIPOLSAI 85868/77/201296290

**Generalità del tirocinante**

Cognome ..... Nome .....

Nato a ..... Il .....

Residente in ..... Via ..... n. .... C.a.p. ....

Recapito telefonico ..... E-mail ..... Cell. ....

Codice Fiscale .....

STAGE per studente iscritto a .....

Barrare se soggetto portatore di handicap  SI  NO

**Dati dell'Azienda/Ente ospitante**

Denominazione sociale .....

Indirizzo .....

Sede/i del tirocinio (stabilimento/reparto/ufficio) .....

Attività prevista fuori sede.....

Tempi di accesso ai locali aziendali/pubblici indicativamente dal .....

al..... dalle ore .....alle ore .....

Periodo di tirocinio: dal ..... al .....

Tutor universitario .....

Tutor aziendale/ente pubblico .....

### Obiettivi e modalità del tirocinio

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Obblighi del tirocinante:

- ❖ Seguire le indicazioni dei tutors e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze;
- ❖ Rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotti od altre notizie relative all'azienda/ente di cui venga a conoscenza, sia durante sia dopo lo svolgimento del tirocinio;
- ❖ Rispettare i regolamenti aziendali/pubblici e le norme in materia di igiene e sicurezza

### Oggetto: Informativa ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta l'Università degli Studi di Teramo.

Il Titolare del trattamento è l'Università degli Studi di Teramo, via Balzarini, 1, 64100 Teramo.

Teramo., .....

### Per presa visione e accettazione

Il TIROCINANTE ..... Firma .....

Il Preside della Facoltà di Scienze Politiche

Prof.ssa Francesca Fausta Gallo.....

AZIENDA/ENTE.....

Settore ..... Qualifica .....

Sig./Dott .....

Data..... Firma e timbro.....