



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI «G. D'ANNUNZIO»

CHIETI - PESCARA

**CDS IN POLITICHE E MANAGEMENT PER IL WELFARE LM87**

**PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO**

**ANNO ACCADEMICO 20\_\_\_\_/20\_\_\_\_**

**PER SVOLGIMENTO TIROCINIO CURRICULARE**

Riferimento Convenzione Repertorio n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**IL SOGGETTO OSPITANTE**

Ragione Sociale..... P.I e C.F.....  
con sede legale in Via ..... luogo .....(.....) Tel. ....  
e\_mail..... Pec.....  
rappresentato dal Sig..... nato a.....(.....)  
il ..... in qualità di .....

DI COMUNE ACCORDO CON

**IL SOGGETTO PROMOTORE**

Il **Corso di Studi Magistrale in Politiche e Management per il Welfare LM87** dell'Università degli Studi "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara, d'ora in poi denominato "Soggetto Promotore", rappresentato dal Presidente, Prof. Francesco Ferzetti, domiciliato per la carica presso la sede del Corso di Laurea – Campus Universitario di Via dei Vestini, 31 – 66100 Chieti

**E**

**Il tirocinante**..... Matricola n. .... iscritto/a al .....  
anno di corso per l'A.A. 20...../20....., C.F....., nato/a a .....  
(.....) il ..... e residente/domiciliato in Via .....  
Luogo .....(.....), n. tel. ....  
indirizzo e-mail (@studenti.unich.it) .....

Concordano che a far data dal \*.....al.....le attività di tirocinio curriculare si svolgeranno con il seguente orario e giorni della settimana per complessive n. .... ore settimanali per un totale di n. 250 ore (10 CFU):

**dal** (giorni della settimana) ..... **al**.....  
(giorni consentiti: dal lunedì al venerdì; sabati e festivi sempre esclusi)

**orari**.....  
(max 8 ore/giorno non consecutive + 1 pausa di almeno 10 minuti dopo le prime sei ore; max 40 ore/settimana)

Le predette informazioni, dichiarate dal soggetto ospitante e tirocinante, saranno utilizzate anche per la variazione dei luoghi di svolgimento delle attività ai fini delle coperture assicurative.

Il soggetto ospitante nella persona del Rappresentante Legale, dichiara di essere in possesso delle necessarie garanzie in ordine all'osservanza delle prescrizioni di sicurezza negli ambienti di lavoro a tutela degli studenti interessati.

**ULTERIORI SEDI PREVISTE:**

- 1. presso (denominazione): .....  
 (luogo e indirizzo): .....  
 periodo (dal/al).....
- 2. presso (denominazione): .....  
 (luogo e indirizzo): .....  
 periodo (dal/al): .....

**POLIZZE ASSICURATIVE**

- infortuni sul lavoro: INAIL posizione n° 90297236
- responsabilita' civile: POLIZZA RCT/O n. LSM0000031381 - COMPAGNIA: LIBERTY MUTUAL INSURANCE EUROPE SE
- POLIZZA INFORTUNI n. 409232576 - COMPAGNIA: AXA ASSICURAZIONI

**ATTIVITÀ SPECIFICHE AFFIDATE AL TIROCINANTE CONGRUE CON IL TIROCINIO DEL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN POLITICHE E MANAGEMENT PER IL WELFARE LM-87**  
 (obiettivi e modalità del tirocinio)

---



---



---



---



---

**facilitazioni previste**

**Obblighi del tirocinante**

Durante lo svolgimento del tirocinio formativo e di orientamento il tirocinante è tenuto a:

- 1. svolgere le attività previste dal progetto formativo e di orientamento;
- 2. mantenere, anche dopo lo svolgimento del tirocinio, la necessaria riservatezza per quanto attiene dati, informazioni o conoscenze in merito a processi produttivi e prodotti, acquisiti durante lo svolgimento del tirocinio;
- 3. attenersi alle indicazioni fornite da soggetto promotore e ospitante.
- 4. rispettare il regolamento del soggetto ospitante sulla privacy, in applicazione della normativa in materia di trattamento dei dati personali, in conformità al Regolamento UE 2016/679. I dati personali sono trattati, anche in via automatizzata, esclusivamente per le finalità di gestione del tirocinio e delle procedure ad esso correlate. In ragione di quanto sopra, il tirocinante è invitato a prendere visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali pubblicata sulla home page dell'Ateneo all'indirizzo: <https://www.unich.it/privacy> - Informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

Il Tutor Aziendale ..... dipendente del Soggetto Ospitante dal ....., iscritto  
cognome e nome in stampatello

all'Ordine Nazionale degli Assistenti Sociali Albo A dal ..... In Fede: \_\_\_\_\_  
(firma Tutor Aziendale)

Il Soggetto Ospitante \_\_\_\_\_  
(firma Legale Rappresentante e timbro Ente)

Il/La Tirocinante (firma) \_\_\_\_\_

Il Presidente del CdS (Tutor Accademico) Prof. Francesco Ferzetti \_\_\_\_\_

Luogo e data .....  
(a cura del Soggetto Promotore)

\*Il presente modulo, completo di tutti i dati, timbri e firme richieste, deve essere consegnato in originale allegato alla Domanda, almeno 15 giorni lavorativi precedenti la data di inizio del tirocinio all'Ufficio Tirocini del CdS.