**Allegato 1 al** [***Regolamento Tirocini a scelta***](https://corsi.units.it/sites/default/files/media/documents/vademecum_per_i_tirocini_a_scelta_agg._08.01.2020.pdf)

All’attenzione della Commissione Tirocini dei

*Corsi di Studio in Farmacia e Chimica e Tecnologia Farmaceutiche*

**MODULO PER ATTIVAZIONE DI TIROCINIO “A SCELTA” IN ENTE/AZIENDA (NON IN FARMACIA)**

Trieste, ………………………………..

Io sottoscritto/a ………………………………………………………., iscritto/a al ………….………anno del corso di Laurea Magistrale in ………………………………………..(1) (n. ……….. cfu acquisiti)(2)  chiedo di poter svolgere l’attività di tirocinio “a scelta” presso l’Ente/Azienda(3) ………………………………………………………….............................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

nel periodo…………….………………………… con docente di riferimento(4) il/la Prof. ……………………………………………….. e con referente aziendale(5) il/la dott.: ……………………………………………………………………..……………………………..…….

A tal fine, comunico di seguito i contenuti di massima(6) dell’attività che verrà svolta*:*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

L’ente/azienda ha già una convenzione con L’Università di Trieste: si 🞎 no 🞎

In fede

……………………………… …………………………………..

(firma)

*(1) indicare se Farmacia o CTF*

*(2) indicare il numero di cfu acquisiti al momento della presentazione della domanda*

*(3) indicare la denominazione legale dell’Ente/Azienda che ospiterà il tirocinio*

*(4 scelto fra i docenti delle materie affini al contenuto del tirocinio stesso, che fornisce il proprio consenso a svolgere questo ruolo.*

*(5)* *indicare il contatto aziendale (nominativo del referente, n°. cellulare e indirizzo mail)*

*(5) descrizione succinta - i contenuti dettagliati saranno inseriti nel Progetto formativo presente nel* Modulo domanda tirocini "a scelta" (stage) presso enti esterni (per acquisizione CFU a scelta libera)

**Allegato 2 al** [***Regolamento Tirocini a scelta***](https://corsi.units.it/sites/default/files/media/documents/vademecum_per_i_tirocini_a_scelta_agg._08.01.2020.pdf)

*Corsi di Studio in Farmacia e Chimica e Tecnologia Farmaceutiche*

**DOMANDA PER ATTIVITA’ DI STAGE PRESSO ENTI ESTERNI DIVERSI DALLE FARMACIE**

**PER L’ACQUISIZIONE DI CREDITI A SCELTA LIBERA**

**Il sottoscritto**

Cognome e nome: ..………………………………………………………………………………………………………

Corso di laurea magistrale in ……………………………………(1) matricola n. …...………………………

N. di telefono/cell.: ………………………………………………...

**chiede di poter svolgere l’attività di stage per l’acquisizione di n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cfu per n. \_\_\_\_\_\_\_\_ore**(2) **come dal programma dettagliato nell’allegato “Progetto Formativo**”\*

Trieste, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma(3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(1) Farmacia o CTF

(2) 1 cfu = 25 ore di attività

(3) La firma deve essere apposta davanti all'impiegato ricevente. Qualora la domanda venga spedita per posta o presentata da terzi, allegare fotocopia del documento d'identità del firmatario (art. 38 commi 1 e 3 D.P.R. 28.12.00 n. 445).

|  |  |
| --- | --- |
| Estremi Documento di identità  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Data e firma dell’impiegato ricevente  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Allegato 2 (cont.)**

*Corsi di Studio in Farmacia e Chimica e Tecnologia Farmaceutiche*

**PROGETTO FORMATIVO**

(rif. Convenzione1 n. …… stipulata in data …../…/…..)

**Cognome e nome del tirocinante** …………………………………………..

codice fiscale…………………………..……. nato a …………………… il ..…/……/……..

residente a…………………………………… via/piazza………………….n…………………

cellulare ……………………………………… e-mail 2………………………………………….

Corso di Studio :  Farmacia  CHIMICA E TECNOLOGIA FARMACEUTICHE

Soggetto disabile 3 SI NO

**Azienda ospitante / Libero professionista**..........…………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

Sede amministrativa …………………………………………………………………………………….

P.IVA……………………………………………………… Cod. Fiscale…………………………………

Sito web…………………………………………………………………………………………………….

Attività preminente………………………………………………………………………………………

Numero dipendenti a tempo indeterminato 4……………………………………………………

Aree di interesse aziendale per i tirocini:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ambiti per i corsi di laurea magistrali a ciclo unico | * ……………………………………....… * ……………………………………....… * ……………………………………....… | * ……………………………………....… * ……………………………………....… * ……………………………………....… | * ……………………………………....… * ……………………………………....… * ……………………………………....… | * ……………………………………....… * ……………………………………....… * ……………………………………....… |

Progetto: Obiettivi e modalità del tirocinio (descrizione delle attività): …………………….……………

…………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………….……………………...……………………………………………………………………………………………...………………….

Settore aziendale di inserimento del tirocinante 5………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………..

Sede/i del tirocinio (stabilimento/reparto/ufficio) 6……………………….. …………………………… ..…………………………………………………………………………………………………..…………

Tempi di accesso ai locali aziendali 7: …………………………………………………………………

Totale ore settimanali di tirocinio previste 8: ……………………………………………...

Periodo di tirocinio 9 n. ……. mesi dal ……/……./……. al ……/……./…….

Tutor universitario: ………………………………………………………………………………

(contatti: tel. 040 558……./………, e-mail: …………………@units.it)

Tutor aziendale: …………………………………...........................................................................

Posizione ricoperta………………………………………………………………………………………

(contatti: tel.…………………………………..., e-mail…………………………………………..…….).

Crediti formativi universitari 10 ………..CFU

Facilitazioni previste (es. borse di studio, mensa, alloggio, rimborso spese, ecc.):

…………………………………………………………………………………………………………….

**Polizze assicurative** 11**:**

* Infortuni sul lavoro INAIL: gestione per conto dello Stato prevista dal combinato disposto dagli artt. 127 e 190 del T.U. INAIL (DPR N. 124/65) e regolamentato dal D.M. 10.10.85 – Axa Assicurazioni SPA n. 8/404324745 scadenza 31/12/2023
* Responsabilità civile verso terzi: Polizza RCT/O n. ITCASC17605 Chubb European Group SE con scadenza il 30/06/2023

Trieste, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il tirocinante ..........................................................

Per l’Università degli Studi di Trieste

Prof./prof.ssa............................................................

Per l’ente ospitante

.................................................................................

**NOTE**

1. Il Progetto Formativo va allegato alla Convenzione (DM 142/98 art. 4, D. Pres. FVG 103/2010).
2. Indicare l’indirizzo mail istituzionale assegnato all’atto dell’immatricolazione
3. Ai sensi dell’art. 18, comma 1, lettera d) della legge n. 196/97, nel caso di persone disabili o portatrici di handicap la durata del tirocinio non può superare i ventiquattro mesi “*da modulare in funzione della specificità dei diversi tipi di utenti*”.
4. Il datore di lavoro è tenuto a rispettare i limiti massimi di tirocinanti ospitabili stabiliti dall’art. 1 del D.M. 142/98 in relazione al numero dei propri dipendenti a tempo indeterminato.
5. Il tirocinio può svolgersi anche in più settori operativi della medesima organizzazione lavorativa (art. 4, D.M. 142/98).
6. Indicare tutte le sedi di svolgimento abituale del tirocinio, ai fini della copertura assicurativa del tirocinante. In caso di attività svolte occasionalmente in altro stabilimento o fuori sede è necessario darne preavviso scritto alla controparte.
7. Indicare gli orari di accesso alla sede di lavoro, che devono includere, ai fini assicurativi, gli orari di ingresso e uscita del tirocinante. In caso di attività svolte al di fuori di questi orari, è necessario darne preavviso scritto alla controparte.
8. L'orario settimanale vale al fine del computo delle ore totali di tirocinio. Eventuali assenze possono essere recuperate nelle settimane successive, previo consenso da parte del tutor aziendale e del tutor accademico.
9. Vedasi l’art. 18, comma 1, lettera d) della legge n. 196/97.
10. Se previsti, vanno concordati preventivamente con il tutor universitario.
11. In particolare, per quanto riguarda gli infortuni sul lavoro, il tirocinante deve seguire le procedure indicate alla pagina “Assicurazione degli studenti contro gli infortuni” (<http://www.units.it/dida/ordamm/?file=NormeInfortuni.inc> ).

**Allegato 4** [***Regolamento Tirocini a scelta***](https://corsi.units.it/sites/default/files/media/documents/vademecum_per_i_tirocini_a_scelta_agg._08.01.2020.pdf)

**ATTESTAZIONE FINALE TIROCINIO**

**Cognome e nome del tirocinante**: ………………………………………………………………………

residente a : ………………….………. via/piazza …………………………….…… n………………..

cellulare : ………………………….. e-mail…………………………………………………………… …

Corso di Studio : ………………………………………………………………………………………………

Soggetto disabile SI NO

HA PARTECIPATO AL SEGUENTE TIROCINIO

Riferimento convenzione n………………..prot……………………………………………………………..

Progetto:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Promosso da (soggetto promotore) Università degli Studi di Trieste - Dipartimento di Scienze Chimiche e Farmaceutiche

Svolto presso (soggetto ospitante……………………… …………………………………………………

dal ………………… al………………. per un numero complessivo di giornate / mesi di attività …………………………………

CFU riconosciuti n. ………………..(massimo 2 cfu se svolto in Farmacia/Farmacia ospedaliera)

**Tutor universitario:**

prof.. /prof.ssa …………………………………………………………………..…………

(contatti: tel. 040 558…………..….., e-mail: …………….………..@units.it)

**Tutor aziendale:** …………………………………………….

(contatti: tel…………………………… e-mail…………………………………………….…)

HA SVOLTO LE SEGUENTI ATTIVITA’

|  |  |
| --- | --- |
| Attività oggetto del tirocinio[[1]](#footnote-1) | Descrizione e **valutazione** sintetica dell’attività |
| Settore…………………………………………………………..  Area di attività………………………………………………….  Attività…………………………………………………………..  ………………………………………………………………..…  ………………………………………………………………..... | ……………………………………………………….  ……………………………………………………….  ………………………………………………………..  ………………………………………………………. |
| Settore…………………………………………………………..  Area di attività………………………………………………….  Attività…………………………………………………………..  ………………………………………………………………..…  ………………………………………………………………..... | ……………………………………………………….  ……………………………………………………….  ………………………………………………………..  ………………………………………………………. |

Trieste,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma, per l’Università degli Studi di Trieste Prof./prof.ssa (Nome Cognome)

......................................................................................................................................................

Firma e Timbro, per il soggetto ospitante (Nome Cognome)

........................................................................................................................................................

1. Descrivere, facendo riferimento al progetto formativo, le attività effettivamente svolte dal tirocinante, documentate e/o documentabili e suscettibili di valutazione. [↑](#footnote-ref-1)