



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 anche ai sensi delle vigenti disposizioni relative al contenimento del COVID-19 e normativa collegata.

**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**
- responsabilità civile: POLIZZA RCT/O n. LSM0000031381 - COMPAGNIA: LIBERTY MUTUAL INSURANCE EUROPE SE
- POLIZZA INFORTUNI n. 409232576 - COMPAGNIA: AXA ASSICURAZIONI

**ATTIVITÀ SPECIFICHE AFFIDATE AL TIROCINANTE**  
(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

all'Ordine degli Assistenti Sociali Albo ..... dal .....  
(firma Tutor Aziendale)

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

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

Il Presidente del CdS (Tutor Accademico) Prof. Roberto Veraldi \_\_\_\_\_

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

\*Il presente modulo deve essere inviato, debitamente compilato, con timbro e firma, almeno 15 giorni lavorativi precedenti la data di inizio del tirocinio, al seguente indirizzo e-mail: [ufficio.tirociniclass@unich.it](mailto:ufficio.tirociniclass@unich.it)