UNIVERSITÀ DI PARMA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

PROGETTO FORMATIVO DI TIROCINIO

(rif. CONVENZIONE stipulata in data - Prot. n. del .)

Parte comune - dati obbligatori

Anno Accademico:				
Nominativo del Tirocinante:				
nato a			il	
Sede di tirocinio:				
Nominativo del Tutor Universitario:				
Nominativo del Tutor del Soggetto Ospitante:				
con questo patto formativo, concordato tra Università, Tirocinante e Sede Ospitante, lo studente si impegna ad effettuare le attività formative previste presso la Sede indicata, secondo le seguenti modalità:				
Periodo di tirocinio: dal			al	
Orario dalle ore			alle ore	
Per un totale di ore			CFU (1 CFU ore)	
Obiettivi e modalità di svolgimento:				
POLIZZE ASSICURATIVE: **Ramo INFORTUNI sul lavoro**: INAIL, gestione per conto dello Stato (DPR n.156/99) Compagnia: LLOYD'S Insurance Company - Polizza n. ESA100140-LB - Effetto/Scadenza: 31.10.2025/31.10.2028. **Responsabilità Civile Terzi e prestatori d'Opera**: Compagnia AXA - Polizza n. 412222224 - Effetto/Scadenza: 31.12.2025/31.12.2028				

Parte facoltativa specifica per corso di studio

Il/la tirocinante è a conoscenza che l'attività formativa pratica di tirocinio non costituisce alcun presupposto di rapporto di lavoro (D.M. 25 marzo 1998 n.142, art.1 comma 2).

Tirocinante Tutor Universitario Tutor del Soggetto Ospitante

_____ _____ _____

RECAPITI UTILI:
Servizio Medicina Preventiva dei Lavoratori - Tel. 0521-033103 - e-mail: **smedprev@unipr.it**
Servizio Fisica Sanitaria - Tel. 0521-903923 – e-mail: **serfisan@unipr.it**
(comunicazione infortuni) **protocollo@unipr.it**
Servizio Prevenzione e Protezione - Tel. 0521-906026 – e-mail: **spp@unipr.it**

_____ _____ _____ _____