(rif. Convenzione n°               /FP   stipulata in data

Nominativo del tirocinante

Nato / a a                     (      )        il

Residente in             (       ***)***via

Codice fiscale  -     -

Attuale condizione: studente scuola secondaria superiore **(3^                                             )**

**Azienda ospitante: -** “                                                              **” –**

Sede del tirocinio: -

Tempi di accesso ai locali aziendali:  ........................................................................................................

Periodo di tirocinio: ...............

Tutor scolastico: - **Prof.                                                           -**

Tutor aziendale:  **-                                                                        -**

**PROGRAMMA ASSICURATIVO PLURIASS SCUOLA   A.S. 2019/2020 - COMPAGNIA ASSICURATIVA PLURIASS SRL – NOVARA (NO)**

**POLIZZA N° 119/170643764**

Obiettivi e modalità di tirocinio:

1. Il tirocinio verrà svolto presso ................................................................................................................................................................
2. in qualità di  ................................................................................................................................................................
3. affiancato da ................................................................................................................................................................

il tirocinante svolgerà le seguenti attività:

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

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

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

facilitazioni previste: ..................................................................................................................................

si dichiara che svolgerà attività di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_ ore settimanali.

Al termine del periodo di tirocinio l’azienda rilascerà un attestato di effettuazione di stage, nel quale saranno contenute le attività svolte dallo stagista con l'indicazione dei giorni, dell'impegno orario e le conoscenze/abilità acquisite.

Obblighi del tirocinante:

* seguire le indicazioni dei Tutor 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 di cui venga a
* conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio;
* rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza.

Bollate,

Firma per presa visione ed accettazione del tirocinante ……………………………………………..............

Firma per il soggetto promotore …………………………………………IL DIRIGENTE SCOLASTICO

                                                                                                                  Dott.ssa Rosaria Lucia Pulia

Firma per l’azienda ………………………………………………………………..........……………………......

**RLP/**