



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SASSARI  
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN MEDICINA E CHIRURGIA

**Progetto Tirocinio formativo presso Enti Convenzionati**

Il/la sottoscritto/a studente

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

n ° \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

iscritto al \_\_\_\_\_ anno del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia con n. di matricola \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter svolgere il seguente periodo di tirocinio presso:

Azienda ospitante \_\_\_\_\_

Con sede legale in \_\_\_\_\_

Sede del tirocinio \_\_\_\_\_

Periodo di tirocinio n° mesi \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Numero ore di tirocinio \_\_\_\_\_ pari a CFU \_\_\_\_\_

Nome del Tutor \_\_\_\_\_ recapito tel. \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Obiettivi e modalità del tirocinio \_\_\_\_\_

Sulla base delle Convenzioni con gli Enti, si comunica che lo studente tirocinante è coperto da Assicurazione ALL RISK n. 160751803, Infortuni n. 160747729, RCT/O n. 160747989 con scadenza 30/06/2025

Obblighi del tirocinante:

- Seguire le indicazioni dei tutor e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo o altre evenienze;
- Rispettare gli obblighi di riservatezza;
- Rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di sicurezza e igiene nei luoghi di lavoro.

Data

**Firma per l'Azienda ospitante**

---

**Firma del tirocinante**

---

**Firma del Presidente del Corso di laurea**

---