



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 tirocinate:

- 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
