



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI «G. D'ANNUNZIO»  
CHIETI - PESCARA

## CDS IN SERVIZIO SOCIALE L39

### PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

ANNO ACCADEMICO 20\_\_\_\_/20\_\_\_\_

TIROCINIO \_\_\_\_\_  
*Indicare se Tirocinio I o II*

### PER SVOLGIMENTO TIROCINIO CURRICULARE

Riferimento Convenzione Repertorio n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

#### IL SOGGETTO OSPITANTE

Ragione Sociale..... P.I e C.F.....  
con sede legale in Via ..... luogo .....(.....).Tel. ....  
e\_mail..... Pec.....  
rappresentato dal Sig..... nato a.....(.....)  
il ..... in qualità di .....

DI COMUNE ACCORDO CON

#### IL SOGGETTO PROMOTORE

Il **Corso di Studi Triennale in Servizio Sociale L39** dell'Università degli Studi "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara, d'ora in poi denominato "Soggetto Promotore", rappresentato dal Presidente, Prof. Roberto Veraldi domiciliato per la carica presso la sede del Corso di Laurea – Campus Universitario di Via dei Vestini, 31 – 66100 Chieti

E

Il **tirocinante**..... Matricola n. .... iscritto/a al .....  
anno di corso per l'A.A. 20...../20....., C.F....., nato/a a .....  
(.....) il ..... e residente/domiciliato in Via .....  
luogo .....(.....), n. tel. ....  
indirizzo e-mail (@studenti.unich.it) .....

Concordano che a far data dal \*.....al..... le attività di tirocinio curriculare si svolgeranno con il seguente orario e giorni della settimana per complessive n. .... ore settimanali per un totale di n. 225 ore (9 CFU):

**dal** (giorni della settimana) ..... **al** .....  
*(giorni consentiti: dal lunedì al venerdì, sabati e festivi sempre esclusi)*

**orari**.....  
*(max 8 ore/giorno non consecutive + 1 pausa di almeno 10 minuti dopo le prime sei ore; max 40 ore/settimana)*

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.

**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 CONGRUE CON IL TIROCINIO DEL CORSO DI LAUREA TRIENNALE IN SERVIZIO SOCIALE L-39**  
(obiettivi e modalità del tirocinio)

---

---

---

---

---

**facilitazioni previste**

---

**TIROCINI PRECEDENTI**

**1° tirocinio diretto svolto presso:** .....

**Esame di Tirocinio I superato in data:** .....

\_\_\_\_\_ Firma del tirocinante

**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 Nazionale degli Assistenti Sociali Albo ..... dal .....  
(A o B) (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)