



DISFOR

Dipartimento di Scienze della Formazione

**PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO (P.F.O.)**CONVENZIONE REPERTORIO N° ..... DEL .....  
(parte riservata al DISFOR – Soggetto Promotore)(data di consegna pratica all'ufficio tirocini)  
 excel  segr.  scan.**IMPORTANTE** (SCRIVERE IN STAMPATELLO LEGGIBILE)

Questo modulo deve essere consegnato completo di tutte le pagine. Firme e timbri devono essere obbligatoriamente apposti in originale e non come immagine. Non saranno accettati dall'ufficio tirocini documenti scansionati e stampati al computer o fotocopiati.

**I timbri apposti devono essere tutti della sede legale e non della sede operativa; inoltre timbri che riportano solo "Qualifica Cognome Nome" non sono timbri accettati perché hanno solo valenza nominale.**

**TIROCINANTE**

Cognome e nome ..... E-mail .....

data di nascita: ..... matricola: ..... codice fiscale: ..... tel: ..... cell: .....

residente in via ..... n° ..... CAP ..... città ..... prov. .... regione .....

Se cittadino extracomunitario: n° permesso di soggiorno: ..... rilasciato il: ..... scadenza il: .....

Motivo per il quale è stato concesso il permesso di soggiorno: .....

Situazione attuale:  ERASMUS  TRIENNALE  SPECIALISTICA  
 MAGISTRALE  MASTER  PERFEZIONAMENTO (specificare): .....**DATI TIROCINIO** facoltativo (senza CFU) obbligatorio (con CFU - 1 CFU = 25 ore)

data inizio\* dal .....

mesi (minimo 2, massimo 6): .....

per ore:  50  75  100  150  250  .....

data fine\* al .....

(\* le date di inizio/fine sono come da istruzioni sul sito)

**AZIENDA OSPITANTE – SEDE/I OPERATIVA/E DI SVOLGIMENTO**

1ª Sede Operativa di svolgimento principale (denominazione come da lista excel) .....

via ..... n° ..... CAP ..... città ..... prov. .... reg. .... stato .....

Tel. .... Orario di apertura: ..... Orario di chiusura: ..... (in caso di sede sempre aperta indicare 24H in entrambi gli spazi)

Giorni di apertura:  LUNEDÌ  MARTEDÌ  MERCOLEDÌ  GIOVEDÌ  VENERDÌ  SABATO  DOMENICA

2ª Sede Operativa di svolgimento eventuale (denominazione come da lista excel) .....

via ..... n° ..... CAP ..... città ..... prov. .... reg. .... stato .....

Tel. .... Orario di apertura: ..... Orario di chiusura: ..... (in caso di sede sempre aperta indicare 24H in entrambi gli spazi)

Giorni di apertura:  LUNEDÌ  MARTEDÌ  MERCOLEDÌ  GIOVEDÌ  VENERDÌ  SABATO  DOMENICA

Tempi di accesso al servizio indipendentemente dagli orari di apertura delle sedi operative di svolgimento, poiché è da intendersi un accesso secondo necessità fino a 8 ore die nel range 07:00/22:00 e per un massimo di 40 ore a settimana.

 **BARRARE IN CASO DI TRASFERTE GIÀ PREVISTE**, allegando obbligatoriamente al presente documento il "Modulo-Richiesta\_Trasferte.pdf".

(Per trasferte in itinere, è necessario far pervenire all'Ufficio Tirocini il "Modulo-Richiesta\_Trasferte.pdf" almeno 5 giorni prima della trasferta stessa, con le modalità riportate sul sito.)

**TUTOR AZIENDALE**

Cognome e nome ..... (non possono essere accettati tirocini svolti con la supervisione di un tutor non laureato)

titolo di laurea ..... ruolo ricoperto ..... se Psicologo - n° iscriz. Albo A .....

E-mail ..... e di essere presente nella sede a titolo di

 libero professionista dipendente

Firma e Timbro\* .....

(\* il timbro da apporre dovrà essere quello dell'azienda sede legale)

**TUTOR UNIVERSITARIO**

(il TU è un docente, liberamente scelto, che tenga un insegnamento nel corso di laurea in cui si è iscritti all'atto di attivazione del tirocinio)

Cognome e nome .....

E-mail ..... Firma .....



DISFOR

Dipartimento di Scienze della Formazione

**IMPORTANTE** (SCRIVERE IN STAMPATELLO LEGGIBILE)

In caso di infortunio il Soggetto Ospitante deve comunicarlo immediatamente all'Ufficio Tirocini del Soggetto Promotore.

**POLIZZE ASSICURATIVE**

- Infortuni sul lavoro: GESTIONE PER CONTO DELLO STATO ai sensi del combinato disposto dagli articoli 127 e 190 del Testo Unico n. 1124/65 e regolamentata dal D.M. 10.10.1985;
- Responsabilità Civile: Unipol-Sai S.p.a., polizza R.C.T. n° 151189675 valida fino al 30/06/2022

**OBBLIGHI DEL DATORE DI LAVORO**

- Come previsto dal D. Lgs. 09.04.2008 n. 81 comma 1 lettera a, il tirocinante è equiparato ai lavoratori del soggetto ospitante.
- Il "Datore di lavoro" del soggetto ospitante assume, nei confronti del tirocinante, tutti gli obblighi previsti in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro previste dalla normativa vigente.

**OBBLIGHI DEL TIROCINANTE**

- Seguire le indicazioni del tutor e rivolgersi a lui per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo o altre evenienze.
- Rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotti o altre notizie relative all'azienda di cui venga a conoscenza, sia durante sia dopo lo svolgimento del tirocinio.
- Rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro previste dalla normativa vigente e fornite per obbligo dal "Datore di lavoro" come previsto dal D. Lgs. 09.04.2008 n. 81.

**OBIETTIVI E MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO: (parte da compilare con il tutor aziendale)**

obiettivi: .....

.....

.....

modalità di svolgimento: .....

.....

.....

Facilitazioni(\*) (ove previste dalla sede): .....

.....

(\*) si intendono: borse di studio, rimborsi spese, buoni pasto, vitto e alloggio (in caso di sedi lontane dal domicilio del tirocinante), e qualsiasi altra agevolazione di tipo economico

**Parte riservata alla SEDE LEGALE dell'AZIENDA OSPITANTE**

(\*Importante - se firma il delegato indicare gli estremi della delega formale)

**RAPPRESENTANTE LEGALE (o delegato\*)**

(estremi delega formale: delibera n°.....del.....)

(LUOGO) ....., il .....

(Cognome e Nome) .....

(in stampatello)

(Firma e Timbro\*) .....

(\*il timbro da apporre dovrà essere quello dell'azienda sede legale)

**Parte riservata al Tirocinante** (per presa visione ed accettazione)**TIROCINANTE**

(Cognome e Nome) .....

(in stampatello)

(Firma) .....

**Parte riservata al DISFOR****DISFOR – PRESIDENTE COMMISSIONE TIROCINI**

(Cognome e Nome) .....

(in stampatello)

(Sigla e Timbro) .....



**SCHEDA DATI PER LA TRASMISSIONE VIA E-MAIL**

**IMPORTANTE** (SCRIVERE IN STAMPATELLO LEGGIBILE)

- IL PRESENTE DOCUMENTO NON POTRÀ ESSERE ACCETTATO SE SPROVVISTO ANCHE DI UNO DEI DATI O DELLE FIRME O DEI TIMBRI RICHIESTI.
- SIA PER LE AZIANDE PUBBLICHE CHE PER LE AZIENDE NON PUBBLICHE IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE COMUNQUE E SEMPRE TIMBRATO E FIRMATO DAL RAPPRESENTANTE LEGALE DELL'AZIENDA PER PRESA VISIONE ED ACCETTAZIONE.

Il Rappresentante Legale autorizza il trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili, ai sensi e per gli effetti del decreto legge 196/2003. Inoltre indica il nominativo e l'email del "Referente tirocini sede legale"\* che riceverà in formato pdf la scansione di questo documento approvato da parte della Commissione Tirocini.

L'invio via e-mail sarà eseguito dall'Ufficio Tirocini prima della data di avvio del tirocinio stesso, mettendo in copia conoscenza anche il tirocinante. Il "Referente tirocini sede legale" provvederà, nel caso, a inoltrarlo alla rispettiva Sede Operativa di Svolgimento.

"Referente tirocini sede legale" (Cognome e Nome): .....

Indirizzo E-Mail: .....

(\* "Referente tirocini sede legale": è colui che intrattiene i rapporti con l'Università per la gestione di tutte le pratiche di gestione tirocinio (accreditamento sede e avvio tirocinio), e gestisce le comunicazioni con studenti e tirocinanti)

**IMPORTANTE** (SCRIVERE IN STAMPATELLO LEGGIBILE)

- IL PRESENTE DOCUMENTO NON POTRÀ ESSERE ACCETTATO SE SPROVVISTO ANCHE DI UNO DEI DATI O DELLE FIRME O DEI TIMBRI RICHIESTI.
- SIA PER LE AZIANDE PUBBLICHE CHE PER LE AZIENDE NON PUBBLICHE IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE COMUNQUE E SEMPRE TIMBRATO E FIRMATO DAL RAPPRESENTANTE LEGALE DELL'AZIENDA PER PRESA VISIONE ED ACCETTAZIONE.

**BARRARE IL TIPO DI AZIENDA**

pubblica

non pubblica

**DICHIARAZIONE OBBLIGATORIA PER LE AZIENDE NON PUBBLICHE**

L'Azienda/sede .....

con sede legale in .....

dichiara, sotto propria responsabilità che, all'atto della sottoscrizione di questo Progetto di Formazione e di Orientamento, sono presenti in organico n° ..... dipendenti assunti a tempo indeterminato e ..... tirocinanti (indicare il numero complessivo di tirocinanti che saranno presenti in azienda nel periodo indicato alla pag. 1 del presente modulo) e che, pertanto, sono rispettati i limiti indicati dall'Art. 1, terzo comma del DM 25 marzo 1998, n. 142(\*).

(\*) i limiti numerici imposti dal D.M. 25 marzo 1998, n. 142, art 1 punto 3 prevede che il numero di tirocinanti sia calibrato in base al numero di dipendenti assunti a tempo indeterminato secondo il seguente schema. Qualora non vi fossero dipendenti a tempo indeterminato si potrà attivare massimo 1 tirocinio alla volta.

N° dipendenti assunti a tempo indeterminato  
Fino a 5  
Da 6 a 19  
Maggiore o uguale a 20

N° tirocinanti in contemporanea  
1  
2  
Massimo 10% del n° dipendenti a tempo indeterminato

**Parte riservata alla SEDE LEGALE dell'AZIENDA OSPITANTE**

(\*Importante - se firma il delegato indicare gli estremi della delega formale)

**RAPPRESENTANTE LEGALE (o delegato\*)**

(estremi delega formale: delibera n° .....del.....)

(LUOGO) ....., il .....

(Cognome e Nome) .....

(in stampatello)

(Firma e Timbro\*) .....

(\*il timbro da apporre dovrà essere quello dell'azienda sede legale)



DISFor

Dipartimento di Scienze della Formazione

**AUTOCERTIFICAZIONE TUTOR AZIENDALE**

DA COMPILARE A CURA DEL TUTOR AZIENDALE  
(SCRIVERE IN STAMPATELLO LEGGIBILE)

Il/la sottoscritto/a ..... con cittadinanza .....  
(COGNOME E NOME)  
titolo di laurea ..... ruolo ricoperto ..... se Psicologo - n° iscriz. Albo A .....  
laureato in ..... presso l'Università di ..... telefono/cell. ....  
in qualità di Tutor Aziendale del Tirocinante .....  
(COGNOME E NOME)  
dichiara di aver proposto e concordato il Progetto Formativo e di Orientamento insieme al Tirocinante.

Dichiara altresì di essere consapevole che:

- il tirocinante deve svolgere l'attività di tirocinio curriculare
  - obbligatorio con riconoscimento crediti (CFU) per un totale numero di ore: 50 75 100 150 250 .....
  - facoltativo senza riconoscimento crediti (CFU) per un totale di numero mesi (minimo 2, massimo 6) .....
- di essere presente nella sede/i dove si svolgerà il tirocinio come
  - libero professionista
  - dipendente
- di non poter seguire più di tre tirocinanti contemporaneamente e sono rispettati i limiti indicati dall'Art. 1, terzo comma del DM 25 marzo 1998, n. 142(\*).

(\*) i limiti numerici imposti dal D.M. 25 marzo 1998, n. 142, art 1 punto 3 prevede che il numero di tirocinanti sia calibrato in base al numero di dipendenti assunti a tempo indeterminato secondo il seguente schema. Qualora non vi fossero dipendenti a tempo indeterminato si potrà attivare massimo 1 tirocinio alla volta.

N° dipendenti assunti a tempo indeterminato
Fino a 5
Da 6 a 19
Maggiore o uguale a 20

N° tirocinanti in contemporanea
1
2
Massimo 10% del n° dipendenti a tempo indeterminato

(LUOGO) ....., il .....

**TUTOR AZIENDALE**

(Firma e Timbro\*) .....  
(\*il timbro da apporre dovrà essere quello dell'azienda sede legale)



Dipartimento di Scienze della Formazione

## AUTOCERTIFICAZIONE TIROCINANTE

DA COMPILARE A CURA DEL TIROCINANTE  
(SCRIVERE IN STAMPATELLO LEGGIBILE)

**REQUISITI RICHIESTI:** (barrare e compilare le parti di interesse)

Il/la sottoscritto/a ..... con cittadinanza .....  
(COGNOME E NOME)

chiede l'approvazione di questo Progetto Formativo e di Orientamento (P.F.O.) e a tal fine sotto sua responsabilità dichiara:

di essere in regola con le norme emanate per poterlo presentare;

di avere acquisito ad oggi un numero di CFU, di quelli previsti del mio corso di laurea, pari a .....

### STUDENTI ERASMUS

dichiaro di aver il tirocinio nel piano di studi come da Learning Agreement approvato

### STUDENTI DI PEDAGOGIA

essere iscritto/a almeno per la seconda volta

essere iscritto/a all'anno di corso nel quale il tirocinio è previsto

Triennale Scienze Pedagogiche e dell'Educazione (D.M. 509/99)

almeno 90 CFU dei 180 CFU previsti

Triennale Esperto in Processi Formativi (D.M. 509/99)

almeno 90 CFU dei 180 CFU previsti

Specialistica Scienze Pedagogiche (D.M. 509/99)

almeno 90 CFU dei 180 CFU previsti

Scienze dell'Educazione

almeno 90 CFU dei 180 CFU previsti

Magistrale Scienze Pedagogiche (D.M. 270/04; D.M. 270/04 D.M. 17/10)

almeno 24 CFU di cui 18 CFU caratterizzanti dei 120 CFU previsti

Magistrale Pedagogia, Progettazione e Ricerca Educativa (D.M. 270/04 D.M. 17/10)

almeno 24 CFU di cui 18 CFU caratterizzanti dei 120 CFU previsti

### STUDENTI DI PSICOLOGIA

essere iscritto/a all'anno di corso nel quale lo stage è previsto

Triennale Scienze e Tecniche Psicologiche (D.M. 509/99)

almeno 60 CFU dei 180 CFU previsti

Triennale Scienze e Tecniche Psicologiche (D.M. 270/04; D.M. 270/04 D.M. 17/10)

almeno 60 CFU dei 180 CFU previsti

Magistrale Specialistica in Psicologia (D.M. 509/99)

almeno 24 CFU di cui 18 CFU caratterizzanti dei 120 CFU previsti

Magistrale Psicologia (D.M. 270/04; D.M. 270/04 D.M. 17/10)

almeno 24 CFU di cui 18 CFU caratterizzanti dei 120 CFU previsti

### STUDENTI DI SCIENZE DELLA FORMAZIONE (MASTER ed EPICT)

essere iscritto/a all'anno di corso nel quale il tirocinio è previsto

Perfezionamento Universitario EPICT

60 CFU previsti

Master I Livello

60 CFU previsti

In caso di dichiarazione mendace, sono consapevole che il presente progetto sarà annullato in qualsiasi fase esso si trovi (approvazione, in corso, terminato) non appena la non veridicità della mia dichiarazione si renda evidente.

Al corrente delle sanzioni previste dalla legge per dichiarazioni non veritiere me ne assumo ogni responsabilità.

L'Ufficio Tirocini si riserva l'eventualità di effettuare controlli su quanto dichiarato.

(LUOGO) ....., il .....

TIROCINANTE

(Firma) .....



DISFOR

Dipartimento di Scienze della Formazione

**SOLO PER STUDENTI DI PEDAGOGIA****PARTE - A****COMPETENZE PROFESSIONALI**

DA COMPILARE A CURA DEL TUTOR UNIVERSITARIO

(SCRIVERE IN STAMPATELLO LEGGIBILE)

**EDUCATORE (laurea triennale con indirizzo Educazione e sicurezza sociale e scienze dell'educazione)**

<input type="checkbox"/>	Pianificare un intervento educativo rivolto alla comunità – gruppi
<input type="checkbox"/>	Pianificare un intervento formativo rivolto alla persona
<input type="checkbox"/>	Partecipa all'organizzare e alla gestione di una struttura o un servizio educativo

**ESPERTO IN PROCESSI FORMATIVI (laurea triennale)**

<input type="checkbox"/>	Pianificare un progetto formativo (analizzare, elaborare, valutare)
<input type="checkbox"/>	Individuare i fabbisogni formativi di un determinato gruppo target
<input type="checkbox"/>	Svolgere le attività proprie del tutor di formazione professionale
<input type="checkbox"/>	Condurre attività didattiche e formative rivolte a singoli e a gruppi
<input type="checkbox"/>	Pianificare e attuare un sistema di valutazione della formazione.

**PEDAGOGISTA (laurea magistrale con indirizzo Educazione, disagio e sicurezza)**

<input type="checkbox"/>	Pianificare un intervento educativo rivolto alla comunità – gruppi
<input type="checkbox"/>	Pianificare un intervento formativo rivolto alla persona
<input type="checkbox"/>	Organizzare e gestire una struttura o un servizio educativo
<input type="checkbox"/>	Dirigere e coordinare strutture, servizi e risorse
<input type="checkbox"/>	Formare altro personale
<input type="checkbox"/>	Pianificare e partecipare a ricerche in campo socio-educativo

**PROGETTISTA DELLA FORMAZIONE (laurea magistrale)**

<input type="checkbox"/>	Coordinare e dirigere un ente di formazione.
<input type="checkbox"/>	Pianificare un progetto formativo (analizzare, elaborare, valutare, redigere un piano finanziario tenendo conto dell'attività di rendicontazione)
<input type="checkbox"/>	Svolgere le attività proprie di un tutor di formazione professionale.
<input type="checkbox"/>	Condurre attività formative rivolte singoli e gruppi.
<input type="checkbox"/>	Individuare i fabbisogni formativi di un determinato gruppo target.
<input type="checkbox"/>	Pianificare e attuare un sistema di valutazione della formazione.
<input type="checkbox"/>	Pianificare e svolgere attività di ricerca in ambito formativo.

(LUOGO) ....., il .....

TUTOR UNIVERSITARIO

(Cognome e Nome) .....  
(in stampatello)

(Firma) .....



Dipartimento di Scienze della Formazione

**SOLO PER STUDENTI DI PEDAGOGIA**

**PARTE - B**

**PROGETTO FORMATIVO / CONTRATTO DI APPRENDIMENTO**

DA COMPILARE A CURA DEL TUTOR AZIENDALE (SCRIVERE IN STAMPATELLO LEGGIBILE)

	Obiettivi formativi/competenze da raggiungere da parte del tirocinante	Metodi di apprendimento e/o insegnamento che il tirocinante utilizzerà per raggiungere gli obiettivi/competenze	Metodi e/o strumenti di valutazione per verificare se il tirocinante ha raggiunto gli obiettivi/competenze	Indicare chi valuta il tirocinante e quando (es. Tutor Aziendale? Altra figura?)
1				
2				
3				
4				

**Parte riservata al TUTOR AZIENDALE per sottoscrizione**

(LUOGO) ....., il .....

(Cognome e Nome) .....  
(in stampatello)

(Firma e Timbro\*) .....  
(\*il timbro da apporre dovrà essere quello dell'azienda sede legale)

**Parte riservata al TIROCINANTE per presa visione ed accettazione**

(Cognome e Nome) .....  
(in stampatello)

(Firma) .....

**Parte riservata al TUTOR UNIVERSITARIO per accettazione**

(Cognome e Nome) .....  
(in stampatello)

(Firma) .....