



**PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO DI RICERCA (P.F.O.R.)**

.....  
(data di consegna pratica all'ufficio tirocini)  
 excel  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.

**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 (specificare): .....

MAGISTRALE  MASTER  PERFEZIONAMENTO

**TUTOR UNIVERSITARIO – SEDE/I OPERATIVA/E DI SVOLGIMENTO**

io sottoscritto ..... Tutor Universitario del tirocinante sopradescritto, dichiaro di autorizzare l'attività didattica formativa a scopo educativo finalizzata allo svolgimento di ore  50  75  100  150  250  ..... con acquisizione di CFU, con data inizio\* dal ..... e data fine\* al ..... (\* date inizio/fine come da Progetto di Ricerca pubblicato sul sito) inserito nel Progetto di Ricerca da me redatto e pubblicato online dopo approvazione della Commissione Tirocini, avente il seguente titolo:

..... da svolgersi presso

1ª Sede Operativa di svolgimento principale .....  
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 .....  
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.)

**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 30/06/2021

**TUTOR UNIVERSITARIO**  
(LUOGO) ....., il .....

**TIROCINANTE**  
(per presa visione ed accettazione)

**PARTE RISERVATA AL DISFOR**  
(presidente di Commissione Tirocini)

(Firma) .....

(Firma) .....

(Timbro e Sigla) .....

**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 di cui 42 di base dei 180 CFU previsti

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

almeno 60 CFU di cui 42 di base 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) .....