



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MACERATA

PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

(Ai sensi del Decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale n. 142 del 25 marzo 1998)

(Rif. **Convenzione stipulata in data** _____)

Cognome e nome del tirocinante _____

nato a _____ il _____ codice fiscale _____

residente a (città) _____ prov. _____

via/p.za _____ n. _____ cap _____

telefoni _____ e-mail _____

domiciliato ai fini del presente tirocinio in (compilare solo se il domicilio è diverso dalla residenza):

(città) _____ prov. _____

via/p.za _____ n. _____ cap _____

telefoni _____ e-mail _____

Attuale condizione (barrare la voce che interessa):

studente universitario (**matr. n.** _____), regolarmente iscritto a:

Corso di laurea (triennale) in **Formazione e gestione delle risorse umane**

Curriculum:

Animatore socio-educativo

Esperto dei processi formativi e culturali

Educatore di nido e comunità infantili

Esperto della formazione nell'impresa, nella pubblica amministrazione e nel terzo settore

Corso di laurea (triennale) in **Formatore per l'e-Learning e la multimedialità**

Corso di laurea (magistrale) in **Pedagogia e scienze umane**

Corso di laurea (magistrale) in **Pedagogista della marginalità e della disabilità**

della **Facoltà di Scienze della Formazione**, anno accademico _____ / _____,

anno di corso:

Laurea triennale

I

II

III

___ fuori corso

Laurea magistrale

I

II

___ fuori corso

- specificare se trattasi di tirocinio finalizzato al conseguimento di CFU o comunque previsto nel piano di studio: si no

- portatore di handicap: si no

Denominazione soggetto ospitante (ragione sociale): _____

Sede/i del tirocinio (stabilimento/reparto/area/ufficio e città): _____

Periodo di tirocinio*: n. mesi _____, dal _____ al _____

(Oppure n. _____ giorni da svolgere nel periodo compreso tra il _____ e il _____)

(Oppure totale N. ore _____)

Tempi medi di accesso ai locali aziendali** (indicare i giorni della settimana e gli orari giornalieri di tirocinio):

