



## Training Agreement

### I. DATI DELLO STUDENTE

Nome dello studente:	
Area di studio:	Anno accademico:
Titolo di studio:	
Istituto di appartenenza:	

### II. NOTE SUL PROGRAMMA DI LAVORO PROPOSTO DA SVOLGERE ALL'ESTERO

<b>Impresa ospitante:</b>
---------------------------

Date previste di inizio e fine del periodo di placement: dal ___/___/___ al ___/___/___ n. di mesi corrispondenti _____
--

<ul style="list-style-type: none"><li>- Conoscenze, abilità e competenze da acquisire:</li> <li>- Programma dettagliato del periodo di placement:</li> <li>- Mansioni del tirocinante:</li> <li>- Per poter svolgere le attività previste, il tirocinante dovrà possedere il seguente livello minimo di competenza linguistica nella principale lingua(e)<sup>1</sup> di lavoro utilizzata presso l'impresa ospitante:</li> <li>- Il presente placement è parte integrante del corso di laurea dello studente: <input type="checkbox"/> SI      <input type="checkbox"/> NO</li> <li>- Piano di monitoraggio e di valutazione:</li></ul>
--

<sup>1</sup> ad esempio base/intermedio/avanzato/fluente nella lettura/nel parlare/nella scrittura. Per riferimenti più precisi che possono essere utilizzati cfr. CEFR/QCER ([http://www.coe.int/t/dg4/linguistic/cadre\\_en.asp](http://www.coe.int/t/dg4/linguistic/cadre_en.asp)).

### III. INFORMAZIONI SULL'ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE PARTNER NEL PAESE OSPITANTE O SUL COORDINATORE DEL CONSORZIO (FACOLTATIVO)

L'Istituto di appartenenza dello studente ha la piena responsabilità del placement e di ogni modifica al presente accordo.

Le parti informeranno sempre l'Istituto di appartenenza di ogni scambio intercorso.

La persona di contatto presso l'Istituto partner è la seguente:

Nome: \_\_\_\_\_ Funzione: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

### IV. DICHIARAZIONE DELLE TRE PARTI

Firmando questo documento lo studente, l'Istituto di appartenenza e l'Impresa ospitante confermano di attenersi ai principi della Dichiarazione di qualità per i placement ERASMUS, enunciati nel documento seguente.

#### Lo studente

Firma dello studente

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

#### L'Istituto di appartenenza

Confermiamo che tale programma di lavoro è approvato.

Il placement è parte del curriculum dello studente\*  SI  NO

A completamento del piano di lavoro, l'Istituto (indicare in che modo il placement sarà riconosciuto; dovrebbe essere indicata almeno una risposta positiva):

- assegnerà crediti ECTS:  SI  NO Se SI specificare: n. \_\_\_\_\_ crediti ECTS
- e/o\* inserirà il periodo di placement all'interno del Diploma Supplement:  SI  NO  
o se NO registrerà il periodo di placement nel Transcript of Records  SI  NO

Inoltre inserirà il periodo di placement all'interno del Europass Mobility  SI  NO

(\*) (cancellare la risposta non applicabile)

Nome del Coordinatore

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Ruolo del Coordinatore

\_\_\_\_\_

Firma del Coordinatore

\_\_\_\_\_

#### L'Impresa ospitante

Nome e posizione del **tutor**:

Numero di personale effettivo nel settore (team) che ospiterà lo studente:

Numero di altri studenti/tirocinanti ospitati contemporaneamente nel settore (team) che ospiterà lo studente:

Normale orario di lavoro settimanale :

Lo studente riceverà un contributo finanziario per il placement  SI  NO

Lo studente riceverà un benefit/valorizzazioni per il placement  SI  NO

Lo studente sarà coperto dall'**assicurazione contro gli infortuni** dell'Impresa ospitante (a copertura almeno dei danni causati allo studente sul posto di lavoro):

SI ([se applicabile] assicurazione sugli infortuni n. \_\_\_\_\_ assicurazione \_\_\_\_\_)

NO

Se si, si prega di specificare se l'assicurazione coprirà anche:

- incidenti durante viaggi fatti per motivi di lavoro:  SI  NO

- incidenti all'andata e al ritorno dal lavoro:  SI  NO

Lo studente sarà coperto da un'**assicurazione di responsabilità civile** dell'Impresa ospitante (a copertura almeno dei danni causati dallo studente sul posto di lavoro):

SI ([se applicabile] assicurazione sugli infortuni n. \_\_\_\_\_ assicurazione \_\_\_\_\_)

NO

Confermiamo che tale piano di lavoro è approvato. A completamento del programma di lavoro l'organizzazione rilascerà un certificato allo studente.

Nome del Coordinatore

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Ruolo del Coordinatore

\_\_\_\_\_

Firma del Coordinatore

\_\_\_\_\_