



## 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/e principale/i lingua/e di lavoro utilizzata/e presso l'impresa ospitante:</li></ul>
---

\* ad esempio base/intermedio/avanzato/fluente nella lettura/nel parlare/nella scrittura. Per riferimenti più precisi che possono essere utilizzati cfr. CEFR - Common European Framework of Reference for Languages/QCER – Quadro comune europeo per la conoscenza delle lingue ([http://www.coe.int/t/dg4/linguistic/Cadre1\\_en.asp](http://www.coe.int/t/dg4/linguistic/Cadre1_en.asp)).



Il presente placement è parte integrante del corso di laurea dello studente:

SI  NO

- [Nel caso in cui il placement abbia luogo presso una rappresentanza o una istituzione pubblica del paese di origine dello studente (es. Istituto di Cultura, scuole) si prega di indicare il valore aggiunto in termini di transnazionalità che lo studente otterrà rispetto ad uno stesso placement svolto presso il proprio Paese di appartenenza. Si ricorda che non sono autorizzati placement presso una rappresentanza diplomatica nazionale (Ambasciata o Consolato) del proprio Paese di origine:
- Piano di monitoraggio e di valutazione da parte dell'Istituto di appartenenza:

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

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

#### 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 (gli straordinari non dovrebbero essere conteggiati):

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** presso l'Impresa ospitante (a copertura almeno dei danni causati allo studente sul posto di lavoro):

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

denominazione assicurazione \_\_\_\_\_)

NO

Se sì, 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** presso l'Impresa ospitante (a copertura almeno dei danni causati dallo studente sul posto di lavoro):

SI (se applicabile, assicurazione sugli infortuni n. \_\_\_\_\_  
denominazione assicurazione \_\_\_\_\_)

NO

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

Nome del Coordinatore

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Ruolo del Coordinatore

\_\_\_\_\_

Firma del Coordinatore<sup>†</sup>

\_\_\_\_\_

<sup>†</sup> Lo studente conserva il documento con le firme in originale mentre l'Istituto di appartenenza e l'Impresa ospitante conserva agli atti una copia o una scansione del documento stesso.