



Spett.le COP  
Unità Op. Ufficio Convenzioni  
servizio.convenzioni@unime.it

**Richiesta stipula convenzione/attivazione Tirocinio di Formazione e Orientamento da parte degli Studenti**

Il/La sottoscritto/a

nato/a  il

residente a  Prov..  C.A.P.

Via/Piazza

Codice Fiscale  cell  email

n.matricola  iscritto al  anno del CdS

**nel comunicare il proprio interesse a svolgere il Tirocinio presso un'Azienda/Ente non presente nell'elenco delle Convenzioni attive con l'Università degli Studi di Messina**

**CHIEDE**

di poter effettuare per l'anno A.A.  il tirocinio di formazione e orientamento presso la seguente struttura:

Denominazione AZIENDA/ENTE OSPITANTE:

SEDE  CAP

SERVIZI

REFERENTE AZIENDALE  email

RUOLO  Tel:

Data

**DICHIARA**

*Ai sensi del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 ed altresì, ai sensi dell'art.75 del D.P.R. 28.12.2000, n.445, consapevole della decadenza dai benefici eventualmente*

*conseguenti qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione*

Ai fini della formazione obbligatoria in materia di salute e sicurezza sul lavoro a cura dell'Ente Promotore (n. 4 ore di formazione)

Di essere in possesso dell'Attestato di frequenza al Corso di sicurezza sul lavoro rilasciato in data

Di non essere in possesso dell'Attestato di frequenza al Corso di sicurezza sul lavoro

Firma studente

*Dichiaro di essere informato ed acconsento che i dati personali forniti vengano trattati ai sensi di quanto emanato dal Regolamento UE 2016/679 "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali" (RGPD) e dal Decreto legislativo 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii.*

Firma dello studente

VISTO:

IL COORDINATORE DEL CDS

---

(firma)