

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p>	<p align="center"><b>Convenzione di tirocinio di formazione ed orientamento</b></p> <p align="center">(Art 3, quinto comma, decreto del Ministero del lavoro e della previdenza sociale)</p>	<p align="center"><i>Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche</i></p> <p align="center"><b>Allegato 2 alla Procedura P06DSM-DP</b></p>
---	--	--

## Convenzione di tirocinio di formazione ed orientamento

TRA

L'Azienda USL di Bologna Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche con sede in Bologna Via Castiglione, 29, codice fiscale 02406911202 d'ora in poi denominato "soggetto promotore", rappresentato/a dal Responsabile UOC/UOSD Dr.....nato a ..... il .....

E

..... (denominazione dell'azienda ospitante) con sede legale in ....., Codice Fiscale..... d'ora in poi denominato "soggetto ospitante", rappresentato/a dal sig. ...., nato a ..... il .....

Premesso

che al fine di agevolare le scelte professionali mediante la conoscenza diretta del mondo del lavoro e realizzare momenti di alternanza tra studio e lavoro nell'ambito dei processi formativi i soggetti richiamati all'art. 18, comma 1, lettera a), della legge 24 giugno 1997, n. 96, possono promuovere tirocini di formazione ed orientamento in impresa a beneficio di coloro che abbiano già assolto l'obbligo scolastico ai sensi della legge 31 dicembre 1962, n. 1859.

Si conviene quanto segue:

Art. 1.

Ai sensi dell'art. 18 della legge 24 giugno 1997, n. 196, la ..... (riportare la denominazione dell'azienda ospitante) si impegna ad accogliere presso le sue strutture il/la Sig./Sig.ra..... in tirocinio di formazione ed orientamento su proposta dell'Azienda USL di Bologna Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche UOS/UOSD ....., ai sensi dell'art. 5 del decreto attuativo dell'art. 18 della legge n. 196 del 1997.

Art. 2.

1. Il tirocinio formativo e di orientamento, ai sensi dell'art. 18, comma 1, lettera d), della legge n. 196 del 1997 non costituisce rapporto di lavoro.
2. Durante lo svolgimento del tirocinio l'attività di formazione ed orientamento e' seguita e verificata da un tutore designato dal soggetto promotore in veste di responsabile didattico organizzativo, e da un responsabile aziendale, indicato dal soggetto ospitante.
3. Per il tirocinante viene predisposto un progetto formativo e di orientamento contenente:
  - il nominativo del tirocinante;
  - i nominativi del tutore e del responsabile aziendale;
  - obiettivi e modalità di svolgimento del tirocinio, con l'indicazione dei tempi di presenza in azienda ;
  - le strutture aziendali (stabilimenti, sedi, reparti, uffici) presso cui si svolge il tirocinio;

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p>	<p align="center"><b>Convenzione di tirocinio di formazione ed orientamento</b></p> <p align="center">(Art 3, quinto comma, decreto del Ministero del lavoro e della previdenza sociale)</p>	<p><i>Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche</i></p> <p><b>Allegato 2 alla Procedura P06DSM-DP</b></p>
---	--	--

gli estremi identificativi delle assicurazioni Inail e per la responsabilità civile.

**Art. 3.**

Durante lo svolgimento del tirocinio formativo e di orientamento il tirocinante e' tenuto a:  
svolgere le attività previste dal progetto formativo e di orientamento;  
rispettare le norme in materia di igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro;  
mantenere la necessaria riservatezza per quanto attiene ai dati, informazioni o conoscenze in merito a processi produttivi e prodotti, acquisiti durante lo svolgimento del tirocinio.

**Art. 4.**

Il soggetto promotore o azienda ospitante ..... assicura il/i tirocinante/i contro gli infortuni sul lavoro presso l'Inail, nonché per la responsabilità civile presso compagnie assicurative operanti nel settore. In caso di incidente durante lo svolgimento del tirocinio, il soggetto ospitante si impegna a segnalare l'evento, entro i tempi previsti dalla normativa vigente, agli istituti assicurativi (facendo riferimento al numero della polizza sottoscritta) ed al soggetto promotore.

Data, .....

Il Responsabile UOC/UOSD DSM – DP AUSL di Bologna

.....  
(timbro e firma)

Il Soggetto ospitante

.....  
(timbro e firma)