**Master di II livello in Artificial Intelligence & Data Science a.a. 24/25**

**Finanziato nell’ambito** **dei Patti Territoriali di Alta formazione per le imprese – Avviso 1290 dell’8/8/2002 MUR**

**Oggetto: Formazione pratica in Azienda (Tirocinio aziendale) – durata 400 ore**

**DICHIARAZIONE**

Il/la sottoscritto/a (Cognome Nome) ………………….…………………………………………………………………………………………………, nato/a a ……………………..………………………………………….., il ………………………………. , Codice Fiscale ………………………………. ,

ammesso/a a frequentare il Master di II livello in Artificial Intelligence and Data Science, attualmente lavoratore dipendente presso

(Denominazione Azienda) ……………………………………………………………(Indirizzo) …………………………………………………… …… … (Partita IVA/Codice Fiscale) …………………………………………………………………………….

in relazione allo svolgimento della formazione pratica (tirocinio) della durata di 400 ore nel periodo settembre-dicembre 2025, dichiara di essere interessato/a a (barrare la casella di interesse):

* Svolgere tale formazione pratica all’interno dell’Azienda sopra riportata secondo le condizioni seguenti:
  1. Le attività aziendali siano in linea con gli obiettivi formativi del Master;
  2. Le attività del/della partecipante al Master siano a carattere formativo all’interno di team aziendali che operano su temi dell’Artificial Intelligence e/o della Data Science e su progetti di ricerca/sperimentazione che possano consentire al partecipante al Master l'applicazione e/o l'approfondimento di argomenti e strumenti acquisiti nella prima fase del percorso di formazione;
  3. All’interno dei team aziendali che accolgono il/la partecipante al Master sarà presente una figura di tutor aziendale con comprovate conoscenze ed esperienze nel settore Artificial Intelligence/Data Science.
* Svolgere la formazione pratica all’esterno dell’Azienda sopra riportata secondo le condizioni seguenti:
  1. Il/la partecipante al Master sarà assegnato/a ad altra Azienda all’interno della quale svolgerà le 400 ore di attività nel periodo settembre-dicembre 2025;
  2. Il/la partecipante al Master dovrà svolgere le attività di formazione durante l’orario di lavoro consueto dell’Azienda cui sarà assegnato/a.

Data …………….……………… FIRMA

………………………………………………….

Per accettazione

…………………………………………

(Nome Cognome e Ruolo del Responsabile Aziendale che autorizza)