

Richiesta di inserimento TIROCINIO in SOVRANNUMERO

Cognome e nome	
Corso di studio	
Matricola e anno di iscrizione	
Recapiti telefonici	
E-mail	
Firma dello studente	
chiede l'attivazione di tirocinio in Sovrannumero presso:	
Azienda/Ente ospitante	
Sede del tirocinio <i>(servizio e indirizzo)</i>	
Referente aziendale	
Telefono	
E-mail	
Periodo di effettuazione (indicativo)	
Obiettivi e modalità del tirocinio	
Data	

Da compilare a cura del Presidente del Corso di studio

Numero CFU da attribuire	6 (sei)
TAF	F
Firma del Presidente del CDS per accettazione della richiesta	