

Università degli Studi di:

Tirocinio formativo

Nominativo del tirocinante:

nato

residente in via

città

tel.

posta elettronica

codice fiscale

n matricola:

Attuale condizione del tirocinante:

- studente universitario iscritto a _____ presso l'Università degli Studi di _____ per l'anno accademico _____

Azienda ospitante:

Sede/i del tirocinio (stabilimento/reparto/ufficio): *(se più sedi indicarle tutte!)*

Tempi di accesso ai locali aziendali (orari giornalieri di accesso): *(se si frequenta su turno h24 inserire dalle ore 08:00 alle ore 07:59, se si frequenta mattina e pomeriggio inserire della 08:00 alle 20:00)*

Periodi di tirocinio:

Sede: U.O.C.

Stato: Attivo Ore di tirocinio:

CFU:

Tutore universitario:

recapito telefonico:

Tutore aziendale:

funzione aziendale:

recapito telefonico:

Sussistono rapporti di parentela tra il soggetto ospitante e il

tirocinante: Polizze assicurative

Obiettivi e modalità del tirocinio:

Attività svolte:

Se si svolge attività utilizzando mezzi aziendali es. auto (SADI) automedica/ambulanza (ET) è necessario specificarlo

FAC SIMILE