



**Università degli Studi dell'Aquila**  
Dipartimento di Scienze Umane

A.A. 2019/2020

ATTIVAZIONE CONVENZIONE PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' DI TIROCINIO CURRICULARE

**Al/alla Tutor del Corso di laurea Magistrale S4P/LM87**

COGNOME	
NOME	
MATRICOLA	
LUOGO DI NASCITA	
DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
TELEFONO	
E MAIL ISTITUZIONALE	

**CHIEDE CHE VENGA STIPULATA UNA CONVENZIONE CON**

ENTE/ISTITUZIONE	
------------------	--

SEDE LEGALE INDIRIZZO	VIA E N. CIVICO	CAP

TELEFONO	POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA

RAPPRESENTATO DA	
------------------	--

FIRMA DELLO/DELLA STUDENTE/STUDENTESSA \_\_\_\_\_

SI APPROVA LA RICHIESTA PER LA CLASSE DI LAUREA S4P ALLA LUCE DELL'ADERENZA AGLI OBIETTIVI FORMATIVI.	EDUCATORE SOC. SPEC.	SER.	ESPERTO PROG. POLIT. SOC.	ASSIS. SOCIALE SPEC.
---	----------------------	------	---------------------------	----------------------

FIRMA DEL/DELLA TUTOR DEL CORSO DI LAUREA \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**RISERVATO ALL'UFFICIO**

N. PROGRESSIVO	Originale in unica copia depositato il _____ DSU-SAD
----------------	--