



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 S4J – LM 85 BIS

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

CHIEDE CHE VENGA STIPULATA UNA CONVENZIONE CON

| | |
|----------------------|--|
| ISTITUTO COMP/SCUOLA | |
|----------------------|--|

| | | |
|-----------------------|-----------------|-----|
| SEDE LEGALE INDIRIZZO | VIA E N. CIVICO | CAP |
| | | |

| | |
|----------|-------------------------------|
| TELEFONO | POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA |
| | |

| | |
|------------------|--|
| RAPPRESENTATO DA | |
|------------------|--|

FIRMA DELLO/DELLA STUDENTE/STUDENTESSA _____

Verificato che l'Istituto/Scuola è accreditato per l'A.A. in corso per le attività di tirocinio, si approva la richiesta

FIRMA DEL/DELLA TUTOR DEL CORSO DI LAUREA S4J/LM 85/BIS _____

RISERVATO ALL'UFFICIO

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