



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

A.A.2020/2021

**ATTIVAZIONE CONVENZIONE PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' DI TIROCINIO CURRICULARE**

La richiesta di stipula di convenzione va rappresentata, prioritariamente, alla/al tutor che provvederà a trasmettere il presente modulo, debitamente compilato, alla segreteria didattica.

Al/alla Tutor del Corso di laurea in (Barrare la casella relativa al corso di laurea)

|  |  |
|--|--|
| <b>Corso di laurea triennale in Scienze della Formazione e del Servizio Sociale S3C</b>                    |  |
| <b>Corso di laurea in Progettazione e gestione dei servizi e degli interventi sociali ed educativi S4P</b> |  |

Alla Prof.ssa Silvia Nanni Tutrice universitaria

| COGNOME | NOME | MATRICOLA | E MAIL ISTITUZIONALE |
|---------|------|-----------|----------------------|
|         |      |           |                      |

Il /la tirocinante dichiara il suo consenso all'effettuazione del tirocinio in presenza presso la struttura proposta

**Data e Firma**

**CHIEDE CHE VENGA STIPULATA UNA CONVENZIONE CON (da compilarsi a cura dell'Ente/Istituzione)**

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>ENTE/ISTITUZIONE</b> |  |
|-------------------------|--|

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>RAPPRESENTATO DA</b> |  |
|-------------------------|--|

|                                  |                        |                   |
|----------------------------------|------------------------|-------------------|
| <b>SEDE LEGALE<br/>INDIRIZZO</b> | <b>VIA E N. CIVICO</b> | <b>CITTA' CAP</b> |
|                                  |                        |                   |

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>TELEFONO</b> | <b>PEC (POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA)</b> |
|                 |  |

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nella sua qualità di responsabile legale dichiara che il/la tirocinante non verrà utilizzato/a per sostituire lavoratori in cassa integrazione o simili, **che è garantito il rispetto del protocollo di sicurezza e che sono state messe in atto tutte le norme prescritte per contrastare la pandemia.**

Dichiara inoltre che entro 15 gg dalla proposta di convenzionamento da parte dell'Università provvederà a restituire debitamente compilata e sottoscritta la relativa modulistica.

|             |                       |
|-------------|-----------------------|
| <b>Data</b> | <b>Timbro e firma</b> |
|             |                       |

**RISERVATO AL/ALLA TUTOR UNIVERSITARIO/A**

**VERIFICATI I DATI RELATIVI ALLA STRUTTURA PROPOSTA LA PROF.SSA SILVIA NANNI APPROVA LA RICHIESTA PER LA/E CLASSE/I DI LAUREA ALLA LUCE DELL'ADERENZA AGLI OBIETTIVI FORMATIVI**

|                 |                 |                                   |                                     |                                |
|-----------------|-----------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| <b>S3C/ L19</b> | <b>S3C/ L39</b> | <b>S4P/ EDUC SERV. SOC. SPEC.</b> | <b>S4P/ ESPERTO PROG. POL. SOC.</b> | <b>S4P/ ASSIST. SOC. SPEC.</b> |
|                 |                 |                                   |                                     |                                |

Firma \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

|   |
|---|
| <b>Depositato il</b> _____ <b>DSU-SAD</b> |
|---|