UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELL'INSUBRIA
DIPARTIMENTO DI SCIENZA E ALTA TECNOLOGIA

RICHIESTA TIROCINIO INTERNO

PREVISTO DAL MANIFESTO DEGLI STUDI – A.A.....

Corso di Laurea in .....**Anno di Corso**.....

STUDENTE - Cognome e nome .....

Matricola ..... **Codice fiscale** .....

Tel..... **Cell**.....**e-mail**.....

Soggetto portatore di handicap: ⬡ Si ⬡ No

Per tirocinio presso.....

Docente Responsabile .....

Durata Tirocinio (mesi).....Periodo di svolgimento.....

Attività proposta.....

.....

.....

.....

Da compilare solo in caso di tirocinio per tesi di laurea:

- Correlatore.....
- Titolo della Tesi.....

Data ..... Firma dello studente.....

Firma del docente responsabile.....

TRATTAMENTO DATI
Consento al trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Data..... Firma.....

APPROVATO DAL CCD NELLA SEDUTA DEL ...../...../.....

NUMERO DI CREDITI PREVISTI PER IL TIROCINIO.....

I REQUISITI NECESSARI PER L'INGRESSO IN TIROCINIO SONO STATI VERIFICATI.

IL PRESIDENTE DEL CL (firma)..... .....