UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'INSUBRIA

DIPARTIMENTO DI SCIENZA E ALTA TECNOLOGIA

SCHEDA DI SOSPENSIONE/PROROGA/INTERRUZIONE TIROCINIO

con riferimento al tirocinio di

COGNOME E NOME TIROCINANTE:

Studente del corso di laurea in:

matricola:

DICHIARA DI VOLERE

☐ **SOSPENDERE IL PERIODO DI TIROCINIO DAL AL**

☐ **PROROGARE IL PERIODO DI TIROCINIO FINO AL**

N.B. La richiesta di proroga dovrà pervenire all'Ufficio almeno 10 gg prima della data di termine del tirocinio e la durata complessiva del tirocinio non potrà superare i 12 mesi.

☐ **INTERROMPERE IL TIROCINIO A FAR DATA DAL**

Motivazione dell'interruzione:

.....

Data:

Il Tirocinante _____

Visto: il Tutor Universitario _____

DA INVIARE AL DIPARTIMENTO DI SCIENZA E ALTA TECNOLOGIA
Via Valleggio, 11
22100 COMO
Tel. 031 238 6005
Fax.031 238 6009