



MODULO - RICHIESTA TRASFERTE

Data di consegna pratica all'Ufficio Tirocini scan. (in caso di PTPE la data è quella di ricezione e-mail)

Da compilare da parte del Tutor Aziendale / Referente Coord. SFP e da consegnare all'Ufficio Tirocini obbligatoriamente almeno 5 gg. lavorativi prima della "trasferta". Non verranno prese in considerazione richieste pervenute successivamente a tale termine.

Io sottoscritto Tutor Aziendale / Referente Coord. SFP (Cognome e nome)

del tirocinante (Cognome e nome) nato il: matricola:

SITUAZIONE ATTUALE:
[] ISCRITTO AL CORSO: [] ERASMUS (specificare):
[] TRIENNALE (specificare):
[] SPECIALISTICA (specificare):
[] LAUREA : [] MAGISTRALE (specificare):
[] MASTER/PERFEZIONAMENTO (specificare):

DATI DEL TIROCINIO

PRE -LAUREA: [] Facoltativo (senza crediti - no cfu) [] Obbligatorio (con crediti - con cfu)
[] PFO (progetto formativo e di orientamento) [] PFOR (progetto formativo e di orientamento di ricerca)
POST-LAUREA: [] 1° SEMESTRE [] 2° SEMESTRE
[] PTP (progetto di tirocinio professionalizzante) [] PTPR (progetto di tirocinio professionalizzante di ricerca) [] PTPE* (progetto di tirocinio professionalizzante estero)

*Solamente in caso di PTPE è consentita la scansione del documento in formato pdf e l'invio via E-mail all'Ufficio Tirocini.

Periodo tirocinio: inizio fine SEDE:
(date di inizio e fine tirocinio come da PFO/PFOR/PTP/PTPR/PTPE) (nome sede di svolgimento del tirocinio come da PFO/PFOR/PTP/PTPR/PTPE)

Tutor Universitario** / Referente Organiz. SFP:
(**coincide con il tutor aziendale se tirocinio di ricerca) (cognome e nome)

DICHIARO AI FINI ASSICURATIVI

che il tirocinante si recherà, per un massimo di 8 ore diurne, presso la struttura
Stato Reg./Prov. Via n° CAP Città
il/i giorno/i nell'arco dell'orario di apertura che va dalle ore alle ore
e che presso tale struttura sarà seguito dal Referente il (Sig./Sig.ra/Dott./Dott.ssa/ ecc.)

che il tirocinante si recherà, per un massimo di 8 ore diurne, presso la struttura
Stato Reg./Prov. Via n° CAP Città
il/i giorno/i nell'arco dell'orario di apertura che va dalle ore alle ore
e che presso tale struttura sarà seguito dal Referente il (Sig./Sig.ra/Dott./Dott.ssa/ ecc.)

che il tirocinante si recherà, per un massimo di 8 ore diurne, presso la struttura
Stato Reg./Prov. Via n° CAP Città
il/i giorno/i nell'arco dell'orario di apertura che va dalle ore alle ore
e che presso tale struttura sarà seguito dal Referente il (Sig./Sig.ra/Dott./Dott.ssa/ ecc.)

(LUOGO), il

TUTOR AZIENDALE / REFERENTE COORD. SFP

TIROCINANTE

(FIRMA)

(FIRMA)