



DISFOR

Dipartimento di Scienze della Formazione

MODULO - RICHIESTA TRASFERTE

Stampare, compilare a mano, scansionare a colori in formato pdf e inviare via e-mail all'Ufficio Tirocini da parte del Tutor Aziendale / Referente Coord. SFP tramite l'e-mail dichiarata nel modulo di avvio, allegando le scansioni in pdf dei singoli documenti di identità validi di tutti i firmatari*.

**L'e-mail deve essere inviata OBBLIGATORIAMENTE almeno 5 gg prima della data di trasferta prevista
NON VERRANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE RICHIESTE PERVENUTE SUCCESSIVAMENTE A TALE TERMINE E INCOMPLETE.**

Io sottoscritto Tutor Aziendale / Referente Coord. SFP (Cognome e Nome) del
Tirocinate (Cognome e Nome) nato il matricola situazione attuale:

CORSO DI LAUREA > ERASMUS TRIENNALE SPECIALISTICA > (specificare):
 LAUREA MAGISTRALE MASTER PERFEZIONAMENTO

DATI DEL TIROCINIO

PRE-LAUREA: FACOLTATIVO (senza crediti = senza cfu) > PFO (progetto formativo e di orientamento)
 OBBLIGATORIO (con crediti = con cfu) > PFOR (progetto formativo e di orientamento di ricerca)

POST-LAUREA: 1° SEMESTRE > PTP (progetto di tirocinio professionalizzante)
 2° SEMESTRE > PTPR (progetto di tirocinio professionalizzante di ricerca) PTPE (progetto di tirocinio professionalizzante estero)

Periodo: inizio fine SEDE:
(date di inizio e fine tirocinio, come da modulo di avvio PFO/PFOR/PTP/PTPR/PTPE) (1° sede operativa di svolgimento principale, come da modulo di avvio 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
via n° CAP città prov. reg. stato
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
via n° CAP città prov. reg. stato
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
via n° CAP città prov. reg. stato
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.)

TUTOR AZIENDALE / REFERENTE COORD. SFP

(LUOGO), il la data di consegna pratica all'Ufficio Tirocini è quella di ricezione e-mail

TIROCINANTE

FIRMA PER PRESA VISIONE ED APPROVAZIONE

.....
(FIRMA* E TIMBRO* AZIENDA SEDE OPERATIVA DI SVOLGIMENTO PRINCIPALE)

.....
(FIRMA TIROCINANTE)

SI ALLEGANO ALL'E-MAIL DI INVIO I SINGOLI PDF DEI DOCUMENTI DI IDENTITA' VALIDI DI TUTTI I FIRMATARI*

***N.B.: solo in caso di Tirocinio di Ricerca, il Tutor Aziendale che coincide con il Tutor Universitario, potrà non timbrare e non allegare il pdf del suo documento di identità inviando, in ogni caso, l'e-mail dall'indirizzo e-mail ufficiale di struttura del docente.**