



**MODULO - RICHIESTA TRASFERTE**

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  
 LAUREA >  MAGISTRALE  MASTER  PERFEZIONAMENTO > (specificare): .....

**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 all'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.**