Università di Genova | **DISFOR** DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA FORMAZIONE

MODULO RICHIESTA TRASFERTE

Io sottoscritto Tutor Aziendale / Referente (Cognome e Nome) ……. del/la

Tirocinante (Cognome e Nome) …… nato/a il …… matricola …… situazione attuale:

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

DATI DEL TIROCINIO

☐ FACOLTATIVO (senza crediti = senza cfu)
☐ OBBLIGATORIO (con crediti = con cfu)
> ☐ PFO (progetto formativo e di orientamento
☐ PFOR (progetto formativo e di orientamento di ricerca)

Periodo di svolgimento - inizio …… fine …….....
(date di inizio e fine tirocinio, come da modulo di avvio PFO/PFOR)

SEDE: ……
(sede operativa di svolgimento, come da modulo di avvio PFO/PFOR)

Tutor Universitario** / Referente: ……
(**coincide con il Tutor Aziendale se Tirocinio di Ricerca) (Cognome e Nome)

DICHIARO AI FINI ASSICURATIVI

che il/la 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	**TIROCINANTE**
(LUOGO) ……, il ……	**FIRMA PER PRESA VISIONE ED APPROVAZIONE**
……	……
(FIRMA* E TIMBRO* SEDE OPERATIVA DI SVOLGIMENTO)	**(FIRMA TIROCINANTE)**

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