



**ATTIVITA' EDUCATIVA A SCOPO FORMATIVO  
STAGE INTERNO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Responsabile Didattico  
(Nome e Cognome del Docente di riferimento)

dello studente \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
(Nome e Cognome dello Studente)

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ NUMERO DI MATRICOLA \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

iscritto al corso di **laurea in** : Scienze e tecniche psicologiche / magistrale psicologia

dichiara di autorizzare l'attività didattica a scopo formativo (stage interno) inserita nel progetto di ricerca dal titolo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dipartimento ospitante \_\_\_\_\_

Periodo di collaborazione n. ore \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Indicare esattamente i luoghi (nome e indirizzo) dove gli studenti potrebbero doversi recare a scopo didattico e formativo:

\_\_\_\_\_  
(Luogo) (Indirizzo esatto)

**IMPORTANTE:** **ove si sappiano, e ai fini delle necessarie coperture assicurative, è necessario che il Docente Responsabile indichi esattamente le date in cui si prevedono le "trasferte" nei luoghi sopra elencati (per dettagliare il calendario si potrà utilizzare lo schema allegato al presente modulo).**

Obblighi dello studente:

- seguire le indicazioni del responsabile dell'attività e fare riferimento a lui per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altro;
- rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotti od altre notizie relative di cui venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento del progetto di ricerca;
- rispettare (ove si prevedano "trasferte") i regolamenti delle aziende visitate e le norme in materia di igiene e sicurezza.

Data: \_\_\_\_\_

Il Responsabile Didattico: \_\_\_\_\_

(Firma)

Firma per presa visione ed accettazione dello studente: \_\_\_\_\_

(DA COMPILARE IN CASO DI ATTIVITA' SVOLTA IN SEDI DIVERSE DAL DIPARTIMENTO)



Università degli Studi di Genova  
Scuola di Scienze sociali

DISFOR

Dipartimento di Scienze della Formazione

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_  
(Nome e Cognome dello Studente)

iscritto/a al Corso di Laurea in Scienze e tecniche psicologiche / magistrale psicologia

e inserito nel progetto di ricerca dal titolo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

del Prof. \_\_\_\_\_

ai fini assicurativi, comunica di doversi recare nel/i giorno/i (se le date esatte non sono ancora definite, è possibile indicare solo l'arco temporale, che coincide col periodo di collaborazione di cui al modulo precedente, all'interno del quale si pensa verranno effettuate le uscite):

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

presso le seguenti sedi:

\_\_\_\_\_

(Sede)

(Indirizzo esatto)

\_\_\_\_\_

(Sede)

(Indirizzo esatto)

\_\_\_\_\_

(Sede)

(Indirizzo esatto)

\_\_\_\_\_

(Sede)

(Indirizzo esatto)

Genova, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma docente

\_\_\_\_\_

Firma studente