



UNIVERSITÀ  
degli STUDI  
di CATANIA

DIPARTIMENTO di SCIENZE della FORMAZIONE

UFFICIO PER LA DIDATTICA E SERVIZI AGLI STUDENTI

Al Presidente della Commissione Tirocinio

del CdL \_\_\_\_\_

SEDE

Oggetto: convalida attività Tirocinio

\_\_ I \_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

nat \_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ tel. n. \_\_\_\_\_, iscritt \_\_ per l'anno accademico

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ del CdL \_\_\_\_\_ matricola N° \_\_\_\_\_

avendo svolto \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per un totale di \_\_\_\_\_ ore

CHIEDE

La convalida della suindicata esperienza formativa come attività di tirocinio, secondo il Regolamento di Tirocinio.

Allega alla presente domanda la documentazione richiesta.

Con Osservanza.

Catania, \_\_\_\_\_

LA COMMISSIONE