

**Spett.le**  
Università degli studi di Catania  
Dipartimento di Scienze della Formazione  
- Ufficio tirocinio  
SEDE  
**Al Presidente della Commissione**  
**Tirocinio Psicologia**

Oggetto: **Sospensione attività Tirocinio Post- Lauream**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Laureato/a in data \_\_\_\_\_ Presso \_\_\_\_\_

Avviato/a al tirocinio post lauream in data \_\_\_\_\_ prot. \_\_\_\_\_ presso

\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ n. ore effettuate \_\_\_\_\_

CHIEDE

La sospensione delle attività formative presso \_\_\_\_\_

sito a \_\_\_\_\_ Per motivi (barrare con una crocetta la motivazione)

- L'ente non eroga attività a distanza:
- L'ente ha sospeso le attività:
- Variazione sede per indisponibilità dell'ente

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

