



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

Area Servizi agli studenti e Post Lauream
Segreteria Scuole di Specializzazione e TFA

**TIROCINIO DIRETTO
CORSO SOSTEGNO IX CICLO**

All. 1

SCHEMA TIROCINIO

Dati tirocinante

Nominativo: _____
Nata/o _____
Residente a : _____ CAP _____
via _____
cell _____
indirizzo email: _____ PEC _____

Dati soggetto ospitante

Ragione/denominazione sociale _____
Indirizzo sede legale _____
Tel. _____ mail _____
PEC _____
Codice fiscale/P.IVA _____
Codice IBAN Banca d'Italia _____
Codice di tesoreria unica (dato indispensabile per il pagamento) _____



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

Area Servizi agli studenti e Post Lauream
Segreteria Scuole di Specializzazione e TFA

Sede/i del tirocinio _____

Durata e periodo di tirocinio dal _____ al _____

Fino al raggiungimento delle **150** ore previste dal progetto

Tutor della/l tirocinante _____

(scrivere stampatello)

Si fa presente che tutti i campi devono essere obbligatoriamente compilati e che in mancanza dei dati richiesti non potrà essere svolto il tirocinio.

Luogo e data _____

Firma per presa visione ed accettazione

Il/la Dirigente scolastico/a

Il/la tutor del tirocinante

Il/la tirocinante
