



(Rif. Convenzione n. PO/ / POS/25 stipulata in data / / , a cura dell'Università)

Progetto formativo per l'avvio del tirocinio curriculare

Dati del soggetto ospitante

Nome:
Sede legale:
Codice Ateco:
Descrizione codice Ateco:
Partita IVA /Codice fiscale:
Sito internet:
Rappresentante legale (Nome e Cognome):
Telefono /Fax:
Indirizzo e-mail:

Dati del tirocinante

Cognome: Nome:
Luogo e data di nascita:
Indirizzo di residenza:
Indirizzo del domicilio (se diverso dalla residenza):
Codice fiscale:
Dipartimento e Corso di Laurea:
Anno di immatricolazione: 2019/2020 2018/2019 2017/2018 2016/2017 2015/2016
2014/2015 2013/2014
Altro:
Anno di corso (1°, 2°, 3° Triennale, 1° e 2° Magistrale, 1°, 2°, 3°, 4°, 5° Ciclo Unico):
Numero di Matricola:
Indirizzo e-mail:
Telefono /Cellulare:

Dati attività di tirocinio

Sede del tirocinio:
Orario di accesso ai locali aziendali: - Dalle Alle
Durata del tirocinio (data di inizio e conclusione): Dal / / Al / /
Per un periodo complessivo di mesi (massimo 6):
Ore totali di tirocinio:

