



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Scuola di Scienze

Matematiche, Fisiche e Naturali

**Corso di Laurea Triennale
in Scienze Naturali**

DOMANDA PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ DI TIROCINIO

Matricola

Anno di corso

Nome e Cognome

Luogo di nascita

Residente in

Data di nascita

E-mail

Telefono

Obiettivi e modalità del tirocinio

Sede/i del tirocinio

Tutor Aziendale

Struttura ospitante

Periodo del tirocinio

dal

al

Crediti Universitari attribuiti all'attività di tirocinio

Obblighi dello studente

seguire le indicazioni del tutore e fare riferimento a d esso per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze,
rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotti od altre notizie di cui venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento dell' attività,
rispettare gli orari concordati e le norme comportamentali previste.

Firma per presa visione e accettazione dello studente

Nome del Tutor Universitario

Firma del Tutor Universitario

Firma del Presidente del Comitato per la Didattica

Data di approvazione