



MODULO DI RICHIESTA INTERRUZIONE/SOSPENSIONE DEL TIROCINIO¹
CdS in Servizio Sociale L39

Al Direttore del Dipartimento di
Scienze Filosofiche, Pedagogiche e
Sociali

DATI TIROCINANTE

Nome _____ Cognome _____

CdL _____ Matricola _____ telefono: _____

DATI AZIENDA

Azienda/Ente: _____ Conv. n° _____ del _____

Indirizzo: _____

Telefono: _____ E-mail/PEC _____

DATI TIROCINIO indicati nel Progetto formativo autorizzato dall'Ateneo

Durata del tirocinio: n° _____ mesi

dal _____ al _____

Luogo di effettuazione del tirocinio: _____

Tutor aziendale: _____

DATI INTERRUZIONE/SOSPENSIONE

Il Tirocinio è interrotto/sospeso dal _____ al _____

MOTIVO INTERRUZIONE/SOSPENSIONE

Data consegna modulo presso l'Ufficio Tirocini ____/____/____/

Firma Tirocinante: _____

Firma del Legale Rappresentante e Timbro Azienda/Ente Ospitante: _____

VISTO SI AUTORIZZA:

Il Direttore del Dipartimento *Prof. Adriano ARDOVINO* _____