



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TRIESTE**

Area dei Servizi Istituzionali
Settore Servizi agli Studenti e alla Didattica
Ufficio Post Lauream

ALBO B – Richiesta Tirocinio

Al **MAGNIFICO RETTORE** dell'Università di Trieste

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa _____

nato/a a _____ cap _____ prov. _____ il _____

residente a _____ cap _____ prov. _____

Via _____ n. _____

Domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Via _____

Città _____ cap _____ prov. _____

Recapiti telefonici _____ e-mail _____

In possesso dei seguenti requisiti:

- **LAUREA TRIENNALE** (Classe L -24 e CL. 34) in _____

_____ presso l'Università degli Studi di Trieste conseguita

in data ____/____/____

ovvero

- **LAUREANDO/A TRIENNALE** (Classe L -24 e CL. 34) presso l'Università di _____ e di dover conseguire la laurea entro e NON oltre il giorno precedente l'inizio del tirocinio.

CHIEDE

di essere ammesso/a al **tirocinio** che si svolgerà per un monte-ore complessivo 500 pari a 30 CFU così distribuite:

Dal _____ al _____

Monte-ore complessivo _____ ore equivalenti a _____ CFU

Azienda/Ente _____

Tutor: Dott./ssa _____

L'Amministrazione verificherà la veridicità di quanto scritto dal laureato e in caso di false dichiarazioni il tirocinio verrà annullato.

Trieste, _____

Firma tirocinante