



Bollo da 16,00€

RICHIESTA DI EQUIPARAZIONE

ATTIVITÀ LAVORATIVA-TIROCINIO

MASTER IN

Anno Accademico _____

DATI STUDENTE

Nome: _____

Cognome: _____

Matricola: _____

Telefono: _____

E-mail: _____

@edu.unifi.it

Azienda / Studio _____

Indirizzo completo _____

Città _____

Telefono _____

e-mail _____

dal giorno _____

al giorno _____

con orario _____

totale ore _____

ALLEGARE sintetica relazione descrittiva dell'attività svolta da cui risulti l'attinenza con gli obiettivi del Master.

SEZIONE RISERVATA AL DATORE DI LAVORO

Il sottoscritto _____ in veste di legale rappresentante

della Azienda/Studio _____

dichiara che _____ ha prestato servizio lavorativo sopra descritto nei tempi indicati.

Data _____

Timbro e Firma _____

CHIEDE

che l'attività lavorativa svolta sopra indicata sia riconosciuta come periodo di Tirocinio da un totale di ore _____
corrispondenti a _____ CFU previsti dal Master (1CFU = 25 ore).

Data _____

Firma studente _____

Il Coordinatore del Master, prof. _____ **APPROVA** l'equiparazione presentata.

Firma Coordinatore _____