



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELLA BASILICATA

☎ 0835/351491-15 - ✉ tirocini.sfp@unibas.it

## MODULO DI RICHIESTA PER ATTIVAZIONE CONVENZIONE SEDE DI TIROCINIO

Alla Magnifica Rettrice  
Università degli Studi della Basilicata - sede di Matera

OGGETTO: richiesta di convenzione sede tirocinio

Il/La sottoscritto/a

\_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

tel/cell. \_\_\_\_\_ e-m@il \_\_\_\_\_

iscritto/a per l'anno accademico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ anno matr. \_\_\_\_\_

Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Scienze della Formazione Primaria (LM 85-bis)

Corso di Laurea ad esaurimento (ex D.M. 26/05/1998)

corso aggiuntivo per l'integrazione scolastica degli alunni  
in situazione di handicap nella scuola dell'infanzia e  
primaria

\_\_\_\_\_ indirizzo

\_\_\_\_\_ indirizzo

### CHIEDE

l'attivazione di una convenzione per lo svolgimento del tirocinio previsto dall'ordinamento del proprio corso di studi presso la seguente istituzione scolastica:

denominazione \_\_\_\_\_  
(indicare la denominazione completa prevista dall'USR)

Sede amm.va \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Sede di tirocinio \_\_\_\_\_  
(lasciare in bianco se corrisponde con il punto precedente)

Indirizzo \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Dirigente \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ luogo

\_\_\_\_\_ data

Firma studente

Visto (timbro e firma)

Il Dirigente Scolastico