



**SCUOLA DI PSICOLOGIA E SCIENZE DELLA FORMAZIONE
CAMPUS DI RIMINI**

DOMANDA DI RICONOSCIMENTO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ MATRICOLA _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ CAP _____ IN _____

TEL _____ E-MAIL _____

ISCRITTO/A AL _____ ANNO DEL CORSO DI LAUREA/LAUREA MAGISTRALE IN _____

CHIEDE

IL RICONOSCIMENTO DELL'ATTIVITÀ EXTRAUNIVERSITARIA DI SEGUITO ESPLICITATA AI FINI DELL'ESONERO DEL TIROCINIO

CURRICULARE OBBLIGATORIO:

TIPOLOGIA ATTIVITÀ:

ATTIVITÀ LAVORATIVA

ATTIVITÀ EXTRAUNIVERSITARIA

ALTRO (SPECIFICARE) _____

STRUTTURA IN CUI SI È SVOLTA L'ATTIVITÀ _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTÀ _____ TEL _____

DATA INIZIO ATTIVITÀ _____ DATA FINE ATTIVITÀ _____

DATA _____

FIRMA _____