Al Direttore del Dipartimento

dell'Università della Calabria

..l.. sottoscritt……………………………………………………………………………………………………………….

iscritto al Corso di Laurea V.O. / Laurea triennale / Laurea Magistrale / in ………………….............................................................................................. ................., matricola .........................,

ovvero Laureato in .........................………………………................…………. il .........…………............... .

Avendo in corso attività formative di Tirocinio Didattico Universitario, dal …../..…/……… al ..…/..…/……… per una

durata di mesi ….. ; presso il Soggetto ospitante …………………................................................……………………

Via ........................................................................................................................ cap. ......................... prov. .......... ;

Tutor Accademico ………............................................................................................................................................;

Tutor Aziendale..........................................…………………………………………………………………….........;

**CHIEDE**

di poter sospenderedette attività di Tirocinio perché:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Tutor Accademico ………....................................................................................................................................

Firma del Tutor Aziendale..........................................……………………………………………………………………..

Firma del tirocinante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_