



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 \_\_\_\_\_