

Al Coordinatore del Tirocinio
c/o Segreteria Didattico Dipartimento DISCAB
Università degli Studi dell'Aquila
Via Vetoio – Polo Didattico di Coppito, Edificio Coppito 2
67100 L'Aquila

L'Aquila, _____

OGGETTO: Proroga/interruzione o rinuncia tirocinio

Il sottoscritto _____ matr. _____ iscritto al
_____ anno del corso di Laurea _____
indirizzo _____ autorizzato allo svolgimento del
tirocinio presso l'Ente/Struttura/Azienda _____ sotto la
supervisione del tutor Dr./Prof. _____ iniziato in data
_____ ed in scadenza in data _____, con la presente

(barrare la voce che interessa)

- chiede la proroga del periodo di tirocinio di _____ mesi* (fino al giorno _____)
- comunica la propria rinuncia/interruzione del tirocinio a partire dal giorno

per la seguente motivazione:

Cordiali saluti.

Firma del tirocinante

Firma del tutor

per l'Ente/ Struttura/Azienda
Timbro e Firma del Responsabile

* La richiesta di proroga va presentata prima della scadenza del tirocinio. Si ricorda che per gli studenti universitari la durata complessiva del tirocinio (compresa la proroga) non deve superare i 12 mesi (ex art.18 legge 196/97 e art 7 del D.M. 142/98).