# ATTIVITA’ DI TIROCINIO DEL CORSO DI LAUREA

**IN SCIENZE DELL’EDUCAZIONE E DELLA FORMAZIONE**

DIARIO DELLE PRESENZE

**VISTO**

**IL DIRETTORE**

 **(prof. Daniele Cananzi)**

## STUDENTE

Cognome e Nome:

Matricola: Anno di corso a.a.

Comune di nascita: Prov.

Data di nascita: Indirizzo di residenza: Comune Prov. Telefono: Indirizzo e-mail

## ENTE CONVENZIONATO PER IL TIROCINIO

Indirizzo Tel.

Servizio o attività in cui si svolge il tirocinio

## RESPONSABILE DELL’ENTE PER LA CERTIFICAZIONE

**(si ricorda che il Responsabile della certificazione non può coincidere con il Tutor esterno)**

Cognome e Nome:

Indirizzo Tel.

Ruolo lavorativo

## TUTOR ESTERNO

Tutor nominato dal Soggetto Ospitante:

Nome: Cognome:

Indirizzo tel ufficio

Indirizzo e-mail:

Ruolo lavorativo:

## TUTOR INTERNO

Tutor Accademico, nominato dal Soggetto Promotore (Università *Mediterranea* Reggio Calabria):

Nome: Cognome:

Qualifica:

## TIPOLOGIA TIROCINIO

**ORE RICONOSCIUTE AI FINI DELLA CERTIFICAZIONE**

## EVENTUALI ULTERIORI OSSERVAZIONI

**PRESENZE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DATA | ORARIO DI INIZIO | ORARIO DI FINE | FIRMA TUTOR ESTERNO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

FIRMA DEL RESPONSABILE DELL’ENTE