



**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI SASSARI
DIPARTIMENTO DI AGRARIA**

**MODULO DI AMMISSIONE AL TIROCINIO DEL CORSO DI
LAUREA TRIENNALE IN _____**

*All'Ill.mo Direttore
del Dipartimento di Agraria*

Il/la sottoscritto/a

_____ nato/a _____ Prov. _____ il _____

Residente in _____ Via/piazza _____ n° _____ CAP _____

tel/cell _____ C.F. _____ email _____

Iscritto al _____ matr. n° _____ n° esami sostenuti _____

CHIEDE

Di poter svolgere il Tirocinio presso:

Nome dell'azienda (per esteso) _____

Indirizzo _____

Tipologia _____ n°tel/cell. _____

Titolo del tirocinio _____

Docente. Tutor _____ Firma Docente _____

Sassari, _____ Firma Studente _____

NOTA BENE: il presente modulo deve essere compilato in tutte le sue parti e consegnato con l'autocertificazione degli esami sostenuti, debitamente firmato, alla Direzione del Dipartimento, viale Italia, 39 – Sassari 3° piano, o alle rispettive segreterie delle sedi gemmate di Nuoro e Oristano.

Lo studente dichiara di non avere vincoli di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con i titolari o con soggetti detentori di quote sociali significative dell'azienda in cui svolgerà il tirocinio.