



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

## RICHIESTA RICONOSCIMENTO CFU PER STAGE/TIROCINIO

Matricola \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e iscritto/a per l'anno accademico \_\_\_\_\_

all'anno di corso \_\_\_\_\_ del Corso di Studio in

\_\_\_\_\_ classe delle lauree \_\_\_\_\_ Dipartimento

telefono \_\_\_\_\_

**chiede**

**il riconoscimento dell'attività lavorativa  svolta/ in corso di svolgimento presso:**

(scegliere la tipologia corretta di datore di lavoro)

**DATORE DI LAVORO PRIVATO:**

denominazione \_\_\_\_\_

sede in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

DURATA DEL RAPPORTO: inizio \_\_\_\_\_ fine \_\_\_\_\_  in corso

causa della cessazione \_\_\_\_\_

TIPO DI CONTRATTO:  tempo determinato  tempo indeterminato

full time  part time

MANSIONI SVOLTE:

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

A tal fine allega dichiarazione in originale del datore di lavoro indicante stato di servizio e dettaglio delle mansioni svolte e copia del contratto.

**DATORE DI LAVORO PUBBLICO:** compilare l'autocertificazione sul retro.

Alessandria, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI ATTO DI NOTORIETÀ

(Art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente  
in via/corso/piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
città \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

A conoscenza delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

■ DATORE DI LAVORO: \_\_\_\_\_  
sede in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

■ DURATA DEL RAPPORTO: inizio \_\_\_\_\_ fine \_\_\_\_\_  in corso  
causa della cessazione \_\_\_\_\_

■ TIPO DI CONTRATTO:  tempo determinato  tempo indeterminato  
 full time  part time

■ MANSIONI SVOLTE:

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

In tema di tutela della riservatezza, dichiara di essere a conoscenza che i dati personali contenuti nella presente domanda e gli altri eventualmente acquisiti da codesta Università nel proseguo del percorso di studi, saranno trattati ai sensi D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196.

Alessandria, \_\_\_\_\_

Firma dello studente \_\_\_\_\_

### DA COMPILARSI A CURA DEL DOCENTE VALUTATORE

Vista la documentazione presentata, si riconosce l'esame di STAGE/TIROCINIO per  
n° \_\_\_\_\_ cfu.

Alessandria, \_\_\_\_\_

Il Docente Valutatore

\_\_\_\_\_