



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

DIPARTIMENTO DI GIURISPRUDENZA
E SCIENZE POLITICHE,
ECONOMICHE E SOCIALI
Settore Amministrazione

RICHIESTA RICONOSCIMENTO CFU PER STAGE/TIROCINIO

Via Cavour, 84 – 15121 Alessandria AL
Tel. 0131 283826- Fax 0131 283704

Il/La sottoscritto/a _____ Matricola _____
nato/a a _____ il _____ iscritto/a per l'anno accademico _____
al master di _____ livello in _____
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 dello studente _____



DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI ATTO DI NOTORIETÀ

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

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____ 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 _____ PEC _____

■ 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
