



LIBERA ACCADEMIA DI BELLE ARTI

LEGALMENTE RICONOSCIUTA D.M 27/04/2000
COMPARTO UNIVERSITARIO A.F.A.M

SOSPENSIONE DI TIROCINIO

Nominativo del tirocinante

Nat... a(.....) il/...../.....

Via.....Cap Città(.....)

Telefono E-mail

Matricola n°

(indicare Corso di Diploma/ Dottorato/ Corso di specializzazione/ Master)

.....

Azienda ospitante

ViaCap Città

Prov. Tel.

E-mail

Sede/i del tirocinio (stabilimento/reparto/ufficio)

.....

Si rilascia il seguente certificato a richiesta dell'interessato in carta libera per usi consentiti

dalla legge

Firma per accettazione del tirocinante

Firma per l'azienda (nome, cognome e carica)

Data.....