



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "TOR VERGATA"

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Scienze Motorie Coordinatore Prof. Antonio Lombardo

Corso di Laurea in Scienze e Tecniche dello Sport Coordinatore Prof. Stefano D'Ottavio

Corso di Laurea in Scienze e Tecniche delle Attività Motorie Preventive e Adattate Coordinatore Prof.ssa M. Adelaide Marini

Corso di Laurea in Physical Activity and Health Promotion Coordinatore Prof.ssa Paola Sinibaldi

Spett.le

.....
Alla cortese attenzione di
.....

Roma, lì

Oggetto: Svolgimento tirocinio presso la suddetta struttura

Egregio Dirigente,

**Il/La sottoscritto/a (cognome)
(nome) nato/a
il, residente in prov.,
alla via, tel.
....., cell., iscritto/a al Corso di laurea in
Scienze motorie presso l' Università di Roma "Tor Vergata"**

CHIEDE

di poter espletare l'attività di tirocinio presso il sopracitato istituto

Firma dello studente
per accettazione

Firma del Dirigente responsabile

.....

.....

Timbro della società

.....