

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA “TOR VERGATA”

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Scienze Motorie Coordinatore Prof.ssa Virginia Tancredi

Corso di Laurea in Scienze e Tecniche dello Sport Coordinatore Prof. Ferdinando Iellamo

Corso di Laurea in Scienze e Tecniche delle Attività Motorie Preventive e Adattate Coordinatore Prof. Davide Lauro

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
Magistrale in Scienze e Tecniche dello Sport 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

.....