



DIPARTIMENTO DI GIURISPRUDENZA

RICHIESTA DI CONVALIDA DI ATTIVITA' LAVORATIVA

Alla Commissione dei Tirocini

Il/la sottoscritto/a Matr.

Nato/a a Il

e-mail Tel.

Iscritto al corso di laurea in

.....

CHIEDE

La convalida dell'attività lavorativa

TIROCINIO CODICE 55765

CFU 3

Data

Firma

PARTE RISERVATA ALLA COMMISSIONE

REGISTRATO

SI APPROVA (PER CFU)

Visto

Data