



Al Coordinatore
del Corso di Studi
in _____

SEDE

Oggetto: Richiesta Accreditamento Attività Lavorativa ai fini del Tirocinio

Il sottoscritt_ (cognome) _____
(nome) _____ matr. Nr. _____, nat_ a
_____ prov. _____ il _____ e residente in
_____ prov. _____ in via
_____ n. _____ cap _____ telefono
abitazione _____ cellulare _____ indirizzo e-mail
_____ C.F. _____

nel rilasciare la dichiarazione circa i dati riportati in questa scheda è a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 75 del D.P.R. 28/12/445 sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e dal successivo art. 76 sulla responsabilità penale cui possono andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci,

dichiara di

- essere regolarmente iscritt_ al _____ anno del Corso di Laurea in _____;
- di aver conseguito ad oggi n. _____ Crediti Formativi Universitari;
- di autorizzare l'Università degli Studi della Basilicata – ai sensi della L. 31/12/1996 n. 675, sulla Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali – a trattare e diffondere i dati personali dichiarati, anche sul sito Web dell'Università, ai soli fini istituzionali.

chiede pertanto

- che sia convalidata ai fini del completamento del curriculum di studi l'attività lavorativa prestata / in corso presso (azienda/ente) _____
dal ___/___/___ al ___/___/___
con le seguenti mansioni _____

data ___/___/___

(firma)