

Spett.le Università di Pisa
Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale
CDL in Scienze Motorie
CDL in Scienze e Tecniche delle attività motorie
preventive e adattate
C.A. Dr.ssa Francesca Pio
francesca.pio@unipi.it
Fax 050 2211860

Oggetto: richiesta di collaborazione per l'attività di tirocinio curriculare

Il sottoscritto, in qualità di legale rappresentante della Società/Palestra/Struttura, con sede codice fiscale, telefono, mail, manifesta la piena disponibilità ad accogliere studenti del Corso di Laurea in Scienze Motorie che intendano sostenere tirocini curriculari.

Referente e recapiti per gli studenti: _____

Le attività svolte all'interno della Struttura sono:

A tal fine dichiara di essere affiliata con con numero, e di allegare la relativa attestazione.

Validità di accreditamento 3 anni. Per rinnovare è necessario presentare un'ulteriore richiesta.

Luogo, data

Timbro e Firma