

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](mailto: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