

DIPARTIMENTO DEI BENI CULTURALI:

ARCHEOLOGIA, STORIA DELL'ARTE,
DEL CINEMA E DELLA MUSICA

**SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN
BENI STORICO-ARTISTICI**

REGISTRO

Cognome e nome:

nato/a a:

residente a:

tel. :

Matricola:

il:

via:

e-mail:

ENTE OSPITANTE:

Denominazione:

Sede del tirocinio:

Via:

tel. :

e-mail:

Data	Ore di presenza	Attività svolte	Firma del tutor aziendale

Data	Ore di presenza	Attività svolte	Firma del tutor aziendale

□

Data	Ore di presenza	Attività svolte	Firma del tutor aziendale

Visto: **IL TUTORE AZIENDALE**
(*timbro e firma*)

TOTALE ORE:

