SCHEDA INDIVIDUALE PER IL TIROCINIO FORMATIVO

Corso di Alta Formazione per ***Tecnico dell'Apprendimento*** *in attività dopo scolastiche per DSA* Segreteria organizzativa via N. Bonaparte, 3 – 47890 Rep. San Marino tel. 0549887077 – df@unirsm.sm

Cognome e nome del tirocinante	
Azienda/Ente in cui viene svolto il tirocinio	

data	**dalle ore**	**alle ore**	**n° ore**
		Totale ore	

Nota: Titolare del progetto formativo è l'Università degli Studi della Repubblica di San Marino

SINTESI dell' ATTIVITA SVOLTA

Firma del tirocinante	Firma tutor dell' Azienda/Ente ospitante