



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
FIRENZE

**Scuola di Scienze  
Matematiche  
Fisiche e Naturali**

Modulo da firmare digitalmente e inviare al  
Presidente del Corso di Studi

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Fisiche e Astrofisiche

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ matr \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_@edu.unifi.it

### CHIEDE

il riconoscimento per tirocinio di un'attività formativa interna svolta dal \_\_\_\_\_  
al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ per n. ore \_\_\_\_\_

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

----- compilazione a cura del Responsabile Scientifico -----

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (nome e cognome) dichiara che lo studente ha  
svolto un'attività formativa interna sotto la propria supervisione, svolgendo le seguenti attività

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Il Responsabile scientifico

\_\_\_\_\_