



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 **DIPARTIMENTO DI FISICA E ASTRONOMIA** 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
