

Università degli Studi di _____

PRESENZE DEL MESE DI _____ ANNO _____

gg	N° ore	Sede tirocinio (1)	Attività svolta	Firma del tirocinante
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Timbro e firma del Responsabile Aziendale _____
Timbro Firma

(1) Specificare soltanto se diversa dalla sede indicata nel progetto formativo