

Università degli Studi di Messina

PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

Cognome (tirocinante)Nome

Immatricolato nell' A.A. ___/___ con Matricola n° _____

Dipartimento di Scienze Biomediche, Odontoiatriche e delle Immagini Morfologiche e Funzionali

CdS Scienze Motorie, Sport e Salute

Nato a il,

Residente in Via

C. fiscale

mail istituzionale (stampatello).....

Tel. Cell.....

Azienda ospitante:

Sede/i del tirocinio:

tempi di accesso ai locali aziendali

Legale Rappresentante Aziendale:

Tutore Promotore: **Prof.ssa Debora Di Mauro**

periodo dalla **Data della presentazione del Progetto Formativo a Dicembre 2025**

per n. oreCFU

Relativi al

2° anno (7 CFU)

3° anno (4 CFU)

Polizze assicurative dall'Ateneo:

Gruppo Zurich (Infortuni n. Z084787)

Allianz S.p.a. (R.C. n79301441)

