



Allegato 4

Al Presidente del Corso di Studio
in Scienze dell'Educazione e della Formazione – sede di Padova

OGGETTO: Richiesta riconoscimento crediti di tirocinio per attività professionali svolte

Lo STUDENTE:
(NOME) (COGNOME)

matricola, iscritto al anno del Corso di Studio in Scienze dell'Educazione e della
Formazione, Curricolo:

- Scienze dell'Educazione (SED)
- Formazione e Sviluppo delle Risorse Umane (FSRU)
- Corso disattivato in _____

CHIEDE

il riconoscimento di crediti formativi universitari, validi ai fini dell'attività di **tirocinio obbligatorio**,
per **attività professionale** - successiva al conseguimento del diploma di maturità di scuola
secondaria superiore - **pienamente coerente con quella cui il Corso di Studio prepara, svolta in
modo continuativo** per n°anni (* non meno di cinque),
in qualità di (specificare)
.....
con contratto (indicare tipologia)
.....
e con impegno orario: n° ore/settimana (oppure n° ore...../mese).

A tal fine **ALLEGA certificazione in originale** del servizio svolto, da cui si evincono chiaramente:
- la piena coerenza dell'attività professionale con gli obiettivi formativi del Corso di Studio e del
Curricolo al quale risulta essere iscritto;
- le specifiche contrattuali e temporali (durata e impegno orario);
- la continuità dell'esperienza.

FIRMA dello STUDENTE:.....

Recapito telefonico:.....

Data:/...../.....

**RISPOSTA del PRESIDENTE DEL CORSO DI STUDIO / della COMMISSIONE NOMINATA DAL
CONSIGLIO DI CORSO DI STUDIO**

.....
.....
.....

Firma:

Data:/...../.....