

REGISTRO DEL TIROCINANTE

COGNOME _____ NOME _____

DIPARTIMENTO _____ DISCIPLINA _____

DOCENTE DELLA DISCIPLINA (RICHIEDENTE) _____

ATTIVITA' DI TIROCINANTE

PERIODO DAL _____ AL _____

TOTALE ORE EFFETTUATE _____

Data	Mattino		Pomeriggio		Numero ore
	Dalle ore	Alle ore	Dalle ore	Alle ore	

Sede Didattica e Amministrativa

Via Re David, 189/c
70125 Bari
Tel +39 080 556 64 71
Fax +39 080 557 48 40

Sede Didattica

Via Cesare Battisti, 22
70042 Mola di Bari (BA)
Tel +39 080 473 37 03

aba@accademiabelleartiba.it
accademiabelleartiba@pec.it
www.accademiabelleartiba.it

[illegible]

Firma del Docente

aba@accademiabelleartiba.it
accademiabelleartiba@pec.it
www.accademiabelleartiba.it