



REGISTRO di tirocinio curriculare

Dati Tirocinante

Matricola.....

Cognome **Nome**

Codice Fiscale
.....

Iscritto/a a

Dipartimento di:

Corso di laurea in:

Tipo corso:

Curriculum:

Iscritto/a per l'anno accademico **al****anno di corso**

N° cfu da maturare con tirocinio curriculare (previsti dal piano di studi):

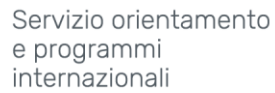
Specificare se il tirocinio è legato alla tesi di laurea: sì ☐ no

Dati del soggetto ospitante

Denominazione dell'ente

Sede del tirocinio

Indirizzo (via, cap, città, provincia, regione, nazione)



Ufficio Tirocini- via san Bernardino 72/E- 24122 Bergamo tirocini@unibg.it +39 0352052265





**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI BERGAMO**

Servizio orientamento
e programmi
internazionali

Firma referente del soggetto ospitante:

[illegible]

Si ricorda che è obbligatorio compilare il questionario di soddisfazione disponibile nello Sportello Studenti (Menù - Tirocini&Placement- I miei tirocini - Valutazione)

[illegible]



..... Bergamo il/...../.....

Firma tirocinante:

Si ricorda che è obbligatorio compilare il questionario di soddisfazione disponibile
nello Sportello Studenti (Menù - Tirocini&Stage- Gestione Tirocini - Valutazione)

3. Giudizio tutor universitario/a, se previsto dal CdS (**conoscenza delle funzioni, degli obiettivi e delle modalità di azione del soggetto ospitante in rapporto al progetto di tirocinio elaborato, attitudini e competenze manifestate durante il tirocinio, comprensione delle problematiche legate all'attività di tirocinio e propositività del/della tirocinante nella soluzione delle stesse**)

Bergamo il/...../.....

Tutor universitario/a:.....

Firma tutor universitario/a:

.....

4. Giudizio docente supervisore (chi ha approvato il progetto) (valutazione della capacità di analisi del/della tirocinante, livello di raggiungimento degli obiettivi fissati nel progetto di tirocinio)

[illegible]

Bergamo il/...../.....

Docente supervisore.....

Firma docente supervisore.....

DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE DEL TIROCINIO CURRICULARE



Dati Tirocinante

Si dichiara che il/la tirocinante

Codice Fiscale.....

Matricola.....

Iscritto/a

a.....

Dipartimento di:

.....

Corso di laurea in:

.....

Tipo corso:

.....

Curriculum:

.....

Iscritto/a per l'anno accademico **Al**..... **anno di**
corso.....

ha svolto il tirocinio formativo previsto dal piano di studi dal **al**
..... **presso**

.....

Bergamo il / /

Tutor universitario/a:

..... **Firma tutor**

universitario/a:

Il/La docente supervisore, preso atto che l'esperienza è stata svolta secondo il regolamento per i tirocini del

Dipartimento di **e che il/la tirocinante ha conseguito gli obiettivi previsti dal progetto formativo, riconosce i** **CFU, previsti dal piano di studi.**

Bergamo il / /

Docente

supervisore:

..... **Firma**

docente supervisore:



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI BERGAMO**

Servizio orientamento
e programmi
internazionali