



MODULO ADE

CDL IN _____ - POLO FORMATIVO: CITTADELLA DELLA CARITA' - TARANTO

ANNO ACCADEMICO: _____/_____

STUDENTE _____ MATRICOLA _____

EVENTO FORMATIVO _____

DATA _____ SEDE _____

EVENTO FORMATIVO _____

DATA _____ SEDE _____

EVENTO FORMATIVO _____

DATA _____ SEDE _____

EVENTO FORMATIVO _____

DATA _____ SEDE _____

EVENTO FORMATIVO _____

DATA _____ SEDE _____

EVENTO FORMATIVO _____

DATA _____ SEDE _____

EVENTO FORMATIVO _____

DATA _____ SEDE _____

EVENTO FORMATIVO _____

DATA _____ SEDE _____



EVENTO FORMATIVO _____

DATA _____ SEDE _____

EVENTO FORMATIVO _____

DATA _____ SEDE _____

EVENTO FORMATIVO _____

DATA _____ SEDE _____

EVENTO FORMATIVO _____

DATA _____ SEDE _____

EVENTO FORMATIVO _____

DATA _____ SEDE _____

N.B.: Ai fini della consegna e della assegnazione dei relativi CFU è necessario allegare copia degli attestati degli eventi formativi elencati.

Il Coordinatore del Consiglio Interclasse ASL/TA

Prof.ssa Mariasevera Dicomite _____

Spazio riservato alla Segreteria Didattica

N. TOT. CFU _____



RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ATTIVITÀ DI LABORATORIO

CDL IN _____ - POLO FORMATIVO: CITTADELLA DELLA CARITA' - TARANTO

ANNO ACCADEMICO: _____/_____

MATRICOLA _____ STUDENTE _____

UNITA' OPERATIVA _____

DATA/E _____ DALLE ORE: _____ ALLE ORE: _____

ATTIVITÀ DI LABORATORIO IN _____

PER AUTORIZZAZIONE

Il Direttore delle Attività Didattiche

Dott. _____

DA COMPILARE A SEGUITO DELL'ESPLETAMENTO DELL'ATTIVITÀ DI LABORATORIO

Firma dello studente _____

Firma del Tutor di Macroarea _____

Firma del Referente di Tirocinio _____



DATA E ORA	DESCRIZIONE ATTIVITA' ESPLETATA

N. CFU _____



MODULO RIEPILOGATIVO LABORATORI

CDL IN _____ - POLO FORMATIVO: CITTADELLA DELLA CARITA' - TARANTO

ANNO ACCADEMICO: _____/_____

MATRICOLA _____ STUDENTE _____

Unità Operativa e/o Settore _____

dal _____ al _____ N. CFU _____

Unità Operativa e/o Settore _____

dal _____ al _____ N. CFU _____

Unità Operativa e/o Settore _____

dal _____ al _____ N. CFU _____

Unità Operativa e/o Settore _____

dal _____ al _____ N. CFU _____

Unità Operativa e/o Settore _____

dal _____ al _____ N. CFU _____

Unità Operativa e/o Settore _____

dal _____ al _____ N. CFU _____

Il Coordinatore del Consiglio Interclasse ASL/TA

Prof.ssa Mariasevera Dicomite _____

Spazio riservato alla Segreteria Didattica

N. TOT. CFU _____