



**Al Coordinatore del corso  
di laurea in  
Scienze motorie**

**Oggetto:** Richiesta di riconoscimento del servizio come tirocinio.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_,  
n. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_ iscritto/a per l'a.a. \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ anno di  
corso.

**CHIEDE**

Il riconoscimento dell'attività lavorativa come ore di tirocinio previste nell'ambito del suddetto corso di laurea.

Allega a tal fine:

- dichiarazione sostitutiva ai sensi del T.U. 28.12.2000 n.445 relativa all'azienda ove si presta servizio ed al tipo di servizio prestato.

Udine, lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Note e avvertenze**

1. Per motivi organizzativi si invita ad anticipare la presente istanza accompagnata da una scansione di un documento di riconoscimento in corso di validità al seguente indirizzo mail: [segreteria.medicina@uniud.it](mailto:segreteria.medicina@uniud.it)
2. Inoltare a mezzo posta ordinaria: Università degli Studi di Udine, Segreteria studenti dell'area medica e specializzazioni mediche via Palladio, 8 - 33100 Udine.



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE RESA AI SENSI  
DEL T.U.28.12.2000 N. 445**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
iscritto/a al \_\_\_\_\_ anno  regolare  fuori corso

del corso di laurea in Scienze motorie del Dipartimento di area medica matricola  
numero \_\_\_\_\_,

**consapevole delle sanzioni penali comminate, nel caso di dichiarazioni non  
veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate nel T.U. 20/12/2000  
n.445.**

**DICHIARO**

di aver prestato servizio nell'a.a. \_\_\_\_\_ in qualità di dipendente a tempo

Indeterminato dal \_\_\_\_\_

Determinato dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Presso denominazione \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

con incarico di \_\_\_\_\_

Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.lgs. N. 196/2003 e successive modificazioni e integrazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Udine, lì \_\_\_\_\_

Il dichiarante \_\_\_\_\_