

Alla Dirigente
dott.ssa Valentina Zanolla
**Al referente per
l'Alternanza scuola-lavoro
prof. Giuseppe Gammino**
Liceo Scientifico "Leonardo Da Vinci" Trento

Trento, _____

Il/La sottoscritto/a _____

Cognome		Nome	
Classe		Codice Fiscale	
Nato a		Il	
Residente a		CAP	
Indirizzo			
Telefono		e-mail	

chiede di poter svolgere un tirocinio curricolare presso

PRESSO L'ENTE			
Sede legale		Indirizzo	
Partita IVA/C.F.			
Tel.		e-mail	
legale rappresentante			
nato il		a	
Codice Fiscale			

Tutor aziendale _____

Tel. _____ e-mail _____

Durata tirocinio: dal _____ **al** _____

Sede tirocinio _____

Obiettivi formativi specificati dall'ente:

Firma dello studente

Firma di un genitore

DA CONSEGNARE IN SEGRETERIA AMMINISTRATIVA