

ALL. 2 RICHIESTA DI PROROGA/INTERRUZIONE

(da redigere su carta intestata dell'Azienda e inoltrare almeno una settimana prima per fax al n° 055-2342954, o per e-mail in formato pdf al seguente indirizzo: stage@st-umaform.unifi.it)

Nome Azienda _____

In riferimento al tirocinio di (nome e cognome del tirocinante, matricola) _____

DATA INIZIO _____ DATA FINE _____

SEDE DI SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO _____

intendiamo richiedere (barrare e compilare la casella di riferimento):

PROROGA del tirocinio fino al giorno _____

Motivazione _____

Confermiamo che rimangono invariati tutti gli altri elementi contenuti nel Progetto.

INTERRUZIONE del tirocinio a partire dal giorno _____

Motivazione _____

Data,

Firma del Responsabile aziendale _____

Firma del tirocinante per presa visione e accettazione _____