

**ALLEGATO 1****STUDENTE**

Cognome _____ Nome _____ Matricola _____

cell. _____ Indirizzo mail _____

Regolarmente iscritto/a al Corso di Laurea (barrare voce che interessa):

 Triennale Specialistica Magistrale in _____**TUTOR UNIVERSITARIO**

Prof. _____

telefono _____ e-mail: _____

TUTOR STRUTTURA OSPITANTE

Dott./Ing _____ Ruolo/Posizione: _____

telefono _____ e-mail: _____

TITOLO DEL PROGETTO DI TESI (anche provvisorio):_____
_____**MODALITA' DI SVOLGIMENTO****Sede di svolgimento prevalente:**

Azienda/Ente/Fondazione: _____

Indirizzo: _____ n. _____ cap _____

Città: _____ Provincia (_____)

tel: _____ fax: _____ e-mail _____

Eventuale altra sede di svolgimento:

Indirizzo: _____ n. _____ cap _____

Città: _____ Provincia (_____)

tel: _____ fax: _____ e-mail _____

DURATA (MAX MESI 12, PROROGHE COMPRESSE)

Periodo di svolgimento: dal ____/____/____ al ____/____/____

Ore settimanali previste **(1)**: _____Giorni alla settimana previsti **(1)**: _____ Ore totali: _____**(1):** Giorni e ore previsti possono variare in base alle esigenze formative dello studente e/o dell'azienda /ente ospitante.**Le ore giornaliere non devono superare** quelle previste per il personale dell'azienda/ente.

Timbro e firma Tutor Universitario

Timbro e firma Tutor Struttura Ospitante

Pisa, _____