



Università degli Studi di Cagliari
Corso di Laurea in Scienze delle Attività Motorie e Sportive
Ufficio Coordinamento Attività Professionalizzanti

Nome _____ Cognome _____ Matr. _____

Tirocinio Professionalizzante I Anno II Anno III Anno

Struttura _____

Totale Monte ore previsto dal Piano di Studi _____

	Data	Ora ingresso	Ora Uscita	N° ore	Firma studente	Firma del Tutor
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						

	Data	Ora ingresso	Ora Uscita	N° ore	Firma studente	Firma del Tutor
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
			Totale ore			

Data _____

Firma e timbro della Struttura