**COMUNICAZIONE TRASFERTA TIROCINANTE**

*(da inviare almeno 48 ore prima dell’inizio)*

Per consentire lo svolgimento delle attività previste nel progetto formativo si richiede l’autorizzazione alla trasferta di

|  |
| --- |
| **DATI DEL TIROCINANTE** |

Cognome………………………………… Nome …………………………………………..

Codice fiscale ………………………………………………………………………………...

Tirocinante presso: ………………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| **DATI DEL SOGGETTO OSPITANTE** |

Denominazione………………………………………………………………………………

Codice Fiscale/ P. IVA………………………………………………………………………

La trasferta sarà effettuata dal ....../..…./..….. al ..…./..…./…….

ORARI di tirocinio previsti in TRASFERTA dalle ore ………….alle ore………………..

Il viaggio di andata e ritorno dalla sede della trasferta sarà effettuato in (specificare treno, auto propria, auto aziendale, aereo)………………………………………………..

Presso…………………………………………………………………………………………

Motivazione della missione/trasferta ………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Il tutor del soggetto ospitante

Nome e Cognome Firma

…………………………………… ………………………....