



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
FIRENZE

**Scuola di  
Scienze della  
Salute Umana**

**Corso di Laurea in Educazione professionale**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

matr. n. \_\_\_\_\_, immatricolato nell'A.A. \_\_\_\_\_, iscritto  
per l'A.A. \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ anno di corso, dichiara

- di avere svolto i seguenti tirocini formativi:

*(specificare denominazione, sede e tipologia del corso, numero di ore svolte, sede e periodo del tirocinio)*

--

- di avere svolto la seguente attività lavorativa nel settore socio-sanitario con funzioni educative:

*(specificare ente, tipologia di utenza, periodo e numero di ore settimanali svolte, nonché la qualifica)*

--

- di avere svolto la seguente attività lavorativa nel settore socio-sanitario pur senza svolgere funzioni educative:

*(specificare ente, tipologia di utenza, periodo e numero di ore svolte, nonché la qualifica)*

--

Allega la documentazione attestante le attività sopra indicate

Firenze, \_\_\_\_\_

FIRMA



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
FIRENZE

Scuola di  
Scienze della  
Salute Umana

**UOC Servizi alla Didattica | DIPINT**

c/o Nuovo Ingresso Careggi – Padiglione 3 | Stanza 123

Largo Brambilla, 3 – 50134 Firenze

Tel. 0557949729 | 0557944316 – Fax 0557944261

Cell. 3487491825 | 3371020602

e-mail: [francesco.epifani@unifi.it](mailto:francesco.epifani@unifi.it), [epifanif@ao-careggi.toscana.it](mailto:epifanif@ao-careggi.toscana.it)