

PROGRAMMA LLP/ERASMUS PLACEMENT

TRANSCRIPT OF WORK

il presente documento deve essere completato dall'impresa ospitante
this document must be completed by the host institution

STUDENTE ERASMUS: cognome _____ nome _____
ERASMUS STUDENT: family name _____ first name _____

DATA DI NASCITA: _____ LUOGO DI NASCITA : _____
DATE OF BIRTH _____ PLACE OF BIRTH _____

FACOLTA': _____
FACULTY _____

ISTITUZIONE OSPITANTE: _____
HOST INSTITUTION _____

PERIODO DI TIROCINIO: da _____ a _____
TRAINING PERIOD from _____ to _____

DURATA TIROCINIO (ore) _____
TRAINING DURATION (hour) _____

RISULTATI CONSEGUITI DURANTE IL TIROCINIO:
RESULTS OBTAINED DURING THE TRAINING ACTIVITY

Il responsabile dell'Istituzione ospitante
The Host Institution's Tutor

Data / date

Timbro e firma / Stamp and signature

L'originale di questo documento deve essere consegnato dallo studente a:
The original of this document must be returned by the student to:
Università degli Studi di Palermo, Area Ricerca e Sviluppo – Politiche di Internazionalizzazione per la Mobilità
Piazza Marina, 61 – Tel. 0039 091 23825322
entro il 30° giorno dopo il termine del tirocinio; solo per coloro la cui mobilità termina il 30 settembre 2012, non oltre
il 10 ottobre 2012.
Within the 30th day after the end of the mobility period and however within the October 10th 2012 and not later