



**REGISTRO DI PRESENZE MENSILI**

*Da consegnare al Docente responsabile crediti F al termine del tirocinio*

Mese	Anno	Soggetto promotore del tirocinio
		<i>Università degli studi di Ferrara Via Ariosto 35 44121 Ferrara</i>
Dati del tirocinante		Azienda sede di tirocinio
Cognome		
Nome		

Data	Oggetto del tirocinio	n. ore	Firma tirocinante
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

**Timbro e firma del  
responsabile aziendale**

\_\_\_\_\_

**Totale ore**

\_\_\_\_\_