

Al Presidente del Corso di Laurea in Scienze Motorie, Sport e Salute  
Dipartimento di Medicina e Chirurgia  
Università degli Studi di Parma

Il /La sottoscritto/a, denominato REFERENTE AZIENDALE, in qualità di

**Rappresentante legale della ditta/società sportiva** \_\_\_\_\_

affiliata a (obbligatorio):  CONI

CIP

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

con sede a \_\_\_\_\_

**Dirigente scolastico della scuola** \_\_\_\_\_

con sede a \_\_\_\_\_

dopo aver visionato il programma formativo del vostro Corso di Laurea (<https://corsi.unipr.it/cdl-smss>),

#### **DICHIARA**

che le strutture e le attrezzature in possesso sono idonee per garantire un progetto formativo di tirocinio tecnico/pratico coerente con gli obiettivi culturali del vostro percorso universitario;

#### **DICHIARA ALTRESÌ**

la presenza nell'organico della ditta/società di un laureato in scienze motorie, o con titolo equipollente ovvero con documentata esperienza specifica del settore.

la presenza nell'organico dell'Istituto Comprensivo di un laureato in scienze motorie (laurea triennale, magistrale o titolo equipollente).

che svolgerà il ruolo di TUTOR AZIENDALE.

Le attività di tirocinio saranno svolte nel rispetto di una organizzazione degli spazi e del lavoro tali da ridurre al massimo il rischio di prossimità e di aggregazione, adottando misure organizzative di prevenzione e protezione volte al contenimento del contagio (DPCM 11 giugno 2020 e successive modificazioni).

Sulla base di quanto dichiarato, **CHIEDE PARERE FAVOREVOLE** allo svolgimento del progetto formativo allegato nell'ambito del tirocinio curriculare del Corso di Laurea in Scienze Motorie Sport e Salute.

REFERENTE AZIENDALE

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Recapito Tel.: \_\_\_\_\_

TUTOR AZIENDALE

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Cordiali saluti

Data e luogo

Firma e Timbro