



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CAGLIARI

REGISTRO DELLE PRESENZE

**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN
SCIENZE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE**

AZIENDA / ENTE OSPITANTE: _____

SEDE DEL TIROCINIO: _____

TIROCINANTE: _____

PERIODO DEL TIROCINIO: DAL _____ AL _____



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CAGLIARI

PRESENZE DEL MESE DI: _____ ANNO _____

gg	N° Ore	Sede Tirocinio (1)	Attività svolta	Firma Tirocinante
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
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 _____

Specificare soltanto se diversa dalla sede del tirocinio