**STRUTTURE PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA’ DI TIROCINIO**

**CORSO DI STUDIO IN SCIENZE MOTORIE**

**Dati della Struttura richiedente (NON compilare a mano ma in formato WORD in maniera chiara e completa).**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ragione Sociale** |  |
| **Sede legale** |  |
| **P.I.** |  |
| **Tel./ Fax** |  |
| **E-mail** |  |
| **Anno di costituzione** |  |
| **Responsabile Legale** |  |
| **Tutor aziendali**  Indicare la qualifica a fianco di ogni singolo nominativo, numero di telefono e indirizzo email   * diploma ISEF * laurea in Scienze Motorie (triennale o magistrale) * altra laurea | 1.  2.  3.  4. |
| **N. studenti** che si possono accogliere annualmente  **N studenti** accolti per anno (*solo per le strutture già convenzionate*) |  |

**Progetto formativo proposto**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ambito** | 1. □ sportivo/motorio 2. □ gestionale-manageriale 3. □ preventivo-adattato 4. □ didattico/ricreativo 5. □ wellness   nota: i progetti possono cadere anche in più ambiti formativi |
| **Obiettivi**  *(vanno specificati: obiettivi generali, obiettivi specifici, ecc)* |  |
| **Modalità** di svolgimento del tirocinio  (durata del tirocinio, orari di svolgimento) |  |

Si dichiara che questa struttura opera secondo programmi e progetti congruenti con gli obiettivi del corso di studio in Scienze Motorie.

Si dichiara di essere in possesso di spazi e strumenti idonei allo svolgimento dei programmi di tirocinio proposti.

**Il Responsabile legale** firma leggibile

Data ……………………