



PROGRAMMA ERASMUS+ TRAINEESHIP
MOBILITÀ PER TIROCINIO
ATTESTAZIONE PERIODO DI TIROCINIO
STATEMENT OF PLACEMENT PERIOD

**IL PRESENTE DOCUMENTO DEVE ESSERE COMPLETATO DAL COORDINATORE
DELL'ISTITUZIONE/ENTE/IMPRESA OSPITANTE**
THIS DOCUMENT MUST BE COMPLETED BY THE COORDINATOR AT HOST INSTITUTION

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

FACOLTA': _____
FACULTY

ISTITUZIONE DI PROVENIENZA: UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI – I CAGLIAR01
HOME INSTITUTION

ISTITUZIONE OSPITANTE: _____
HOST INSTITUTION

ARRIVO / ARRIVAL

Lo studente sopra indicato **ha iniziato** il periodo di tirocinio presso questa Istituzione il _____
*We confirm that the abovementioned student **has started** his training period at our Institution on (day/month/year)*

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

Data / date

Timbro e firma / Stamp and signature

**Per cortesia trasmettere questo documento, entro pochi giorni dall'arrivo presso
l'Istituzione/Ente/Impresa ospitante, via fax o e-mail a:**
Please send by e-mail this document to:
Settore Mobilità Studentesca – Università di Cagliari - e-mail: ismoka_tirocini@unica.it

PARTENZA / DEPARTURE

Lo studente sopra indicato **ha terminato** il periodo di tirocinio presso questa Istituzione il _____
*We confirm that the abovementioned student **has completed** his training period at our Institution on (day/month/year)*

ONLY VALID IF THE CERTIFICATE HAS BEEN ISSUED AT THE END OR AFTER THE END OF THE PERIOD OF STAY

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

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:
Settore Mobilità Studentesca – Campus Aresu – Via S. Giorgio, 12 – 09124 Cagliari
entro il 15° giorno dopo il termine della mobilità
within the 15th day after the end of the mobility period



INIZIO MOBILITA' VIRTUALE

Lo studente sopra indicato **ha iniziato** il periodo di tirocinio virtuale in collaborazione con questa Istituzione il _____

*We confirm that the abovementioned student **has started** his training period at our Institution on (day/month/year)*

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

Data / date

Timbro e firma / Stamp and signature

Per cortesia trasmettere questo documento, entro pochi giorni dall'arrivo presso l'Istituzione/Ente/Impresa ospitante, via fax o e-mail a:

Please send by e-mail this document to:

Settore Mobilità Studentesca – Università di Cagliari - e-mail: ismoka_tirocini@unica.it

FINE MOBILITA' VIRTUALE

Lo studente sopra indicato **ha terminato** il periodo di tirocinio virtuale in collaborazione con questa Istituzione il _____

*We confirm that the abovementioned student **has completed** his training period at our Institution on (day/month/year)*

ONLY VALID IF THE CERTIFICATE HAS BEEN ISSUED AT THE END OR AFTER THE END OF THE PERIOD OF STAY

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

Data / date

Timbro e firma / Stamp and signature