

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

Chiarissima Prof.ssa Giuliana Gobbi

La/Il sottoscritto/a, in qualità di Rappresentante legale della ditta/società sportiva

con sede a _____

che svolge e/o promuove e/o coordina progetti di attività sportiva e/o fitness, affiliata alle seguenti federazioni/associazioni sportive _____

e che svolge le seguenti attività (eventuale breve descrizione delle attività svolte) _____

dopo aver visionato il programma formativo del vostro Corso di Laurea (<http://cdl-smss.unipr.it>), afferma che le strutture ed il personale della ditta/società (con laurea in scienze motorie o con titolo equipollente ovvero con documentata esperienza specifica del settore) possono garantire un progetto formativo di tirocinio tecnico/pratico coerente con gli obiettivi culturali del vostro percorso universitario.

A tal fine CHIEDE PARERE FAVOREVOLE allo svolgimento del progetto formativo allegato nell'ambito del tirocinio curriculare del Corso di Laurea in Scienze Motorie Sport e Salute. 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 modifiche ed integrazioni).

Indicazione del referente aziendale e recapiti per gli studenti: _____

Cordiali saluti

Luogo, data

Firma e timbro