

Scuola di Musicoterapia
Corso Sperimentale Multidisciplinare
Diploma Accademico di I Livello

*Al Referente della Scuola di Musicoterapia
Dott. Prof. Fabio Trippetti*

Richiesta Autorizzazione allo svolgimento del **Tirocinio Curriculare in Musicoterapia**

Il/La sottoscritto/a _____ matr. n. _____
iscritto/a al ____ anno del corso triennale di Musicoterapia,

CHIEDE

l'autorizzazione a svolgere il tirocinio in Musicoterapia per n. ____ ore (unitamente alla regolare frequenza del Tutoraggio e Supervisione previsti nel Piano di Studio, pena la sospensione del tirocinio), presso il seguente Ente (indicare nome ed indirizzo della sede dove si svolgerà il tirocinio):

Detto tirocinio, valido per l'A.A. ____/____ si realizzerà nel rispetto del Regolamento di Tirocinio e delle modalità contenute nella convenzione stipulata tra l'Ente ed il Conservatorio.

Pescara, li _____

Con osservanza,
Il Richiedente