accademia di belle arti di bari

MUR AFAM

REGISTRO DEL TIROCINANTE

COGNOME _____NOME_____

DIPARTIMENTO_____DISCIPLINA _____

DOCENTE DELLA DISCIPLINA (RICHIEDENTE) _____

ATTIVITA' DI TIROCINANTE

PERIODO DAL_____AL _____

TOTALE ORE EFFETTUATE _____

Data	**Mattino**		**Pomeriggio**		**Numero ore**
	Dalle ore	Alle ore	Dalle ore	Alle ore	

Sede Didattica e Amministrativa
Via Re David, 189/c
70125 Bari
Tel +39 080 556 64 71
Fax +39 080 557 48 40

Sede Didattica
Via Cesare Battisti, 22
70042 Mola di Bari (BA)
Tel +39 080 473 37 03

aba@accademiabelleartiba.it
accademiabelleartiba@pec.it
www.accademiabelleartiba.it

accademia di belle arti di bari

MUR AFAM

Firma del Cultore **Firma del Docente**

Sede Didattica e Amministrativa
Via Re David, 189/c
70125 Bari
Tel +39 080 556 64 71
Fax +39 080 557 48 40

Sede Didattica
Via Cesare Battisti, 22
70042 Mola di Bari (BA)
Tel +39 080 473 37 03

aba@accademiabelleartiba.it
accademiabelleartiba@pec.it
www.accademiabelleartiba.it