*Al Preside Facoltà / Direttore del Dipartimento …………………………………………………………..……….*

OGGETTO: Corso di laurea in ………………………

Autorizzazione svolgimento attività di tirocinio/tesi del sig.

…………………………….........................................................................................................

presso l’ente/impresa ……………………………………………………………………….

Il/La sottoscritto/a ……………………………….…………………………………………………………………………………………

in qualità di datore di lavoro/tutor aziendale, dell’Ente/Impresa .………………………………………………….

che accoglie il/la sig./sig.ra ………………………….……………………….……… presso il proprio edificio sito in …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere

dichiara di aver adottato per il proprio Ente/Impresa i protocolli di protezione minima di cui al DPCM 26 aprile 2020, allegati alla presente.

Luogo e data ……………………

………………………………………………………….

*(Firma datore di lavoro/tutor aziendale)*

*VISTO SI AUTORIZZA*

………………………………………………………….

*(Firma Preside della Facoltà /Relatore)*