



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Scuola di
Scienze della
Salute Umana

Scuola di Scienze della Salute Umana
TRANSCRIPT OF WORK

ERASMUS+ TRAINEESHIP MOBILITY (STS)

20__ /20__

STUDENT'S PERSONAL DATA _____ **matr. n.:** _____

DATI ANAGRAFICI DELLO STUDENTE

Family name: _____ **First name:** _____ **Sex:** _____
Cognome Nome Sesso (M o F)

Date of birth: _____ **Place of birth:** _____ **Nationality:** _____
Data di nascita Luogo di nascita Nazionalità

Home Institution: UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FIRENZE (I FIRENZE01)
Istituto di appartenenza

Name of host institution: _____
Organizzazione/Ente/Impresa ospitante

Area of training _____
Area di tirocinio

Training period – From _____ **to** _____
Periodo di tirocinio (da) a

Training duration (weeks) _____
Durata tirocinio (settimane)

Training duration (hours per week) _____
Durata tirocinio (ore a settimana)

Training performed activity
Attività svolte durante il tirocinio

Overall judgment
Giudizio complessivo

F	E	D	C	B	A
---	---	---	---	---	---

The Host institution coordinator

Il coordinatore dell'istituto ospitante: _____
Name (Nome)

Stamp and signature (timbro e firma)

Date (data) _____
DD/MM/YYYY/ (GG/MM/AAAA)