



**ACCADEMIA
DI BELLE ARTI
MACERATA**



TIROCINI Rif. Convenzione stipulata in data _____

ENTE/AZIENDA OSPITANTE (nome e sede): _____

TEMPI DI PRESENZA DEL TIROCINANTE (cognome e nome): _____ (firma TIROCINANTE) _____

GENNAIO

gg.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Tot. gg.			
ore																																		Tot. ore	

FEBBRAIO

gg.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29			Tot. gg.			
ore																																		Tot. ore	

MARZO

gg.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Tot. gg.			
ore																																		Tot. ore	

APRILE

gg.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			Tot. gg.			
ore																																			Tot. ore	

MAGGIO

gg.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Tot. gg.				
ore																																			Tot. ore	

GIUGNO

gg.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			Tot. gg.			
ore																																			Tot. ore	

LUGLIO

gg.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Tot. gg.				
ore																																			Tot. ore	

AGOSTO

gg.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Tot. gg.					
ore																																				Tot. ore	

SETTEMBRE

gg.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			Tot. gg.				
ore																																				Tot. ore	

OTTOBRE

gg.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Tot. gg.					
ore																																				Tot. ore	

NOVEMBRE

gg.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			Tot. gg.				
ore																																				Tot. ore	

DICEMBRE

gg.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Tot. gg.					
ore																																				Tot. ore	

Il Tutor dell'Ente/dell'Azienda: (firma) _____

TOTALE COMPLESSIVO GIORNI _____

TOTALE COMPLESSIVO ORE _____

Il docente tutor dell'ABAmc : (firma) _____

BREVE MOTIVAZIONE (con riferimento agli obiettivi formativi) _____