



MODULO RICHIESTA INIZIO TIROCINIO PER SFA
- da inviare via e-mail ad uno dei componenti della Commissione Tirocinio
debitamente compilato e firmato -

Al Presidente del CCS in SFA (Classe L-29) e Classe 24

..l.. sottoscritt... ..Matricola n°
telefono(reperibile)Iscritt..., nell'a.a.....,
al..... anno del corso di laurea in **Scienze Farmaceutiche Applicate**

CHIEDE

di poter iniziare il periodo di tirocinio (compilare alternativamente la parte **A** o la parte **B**):

A – Presso il/la seguente ente/azienda

.....
Indirizzo
sotto la guida del tutor dell'ente/azienda, dott.
e sotto la supervisione del prof., docente del corso
....., in qualità di tutor del corso di laurea.
Data Firma del tutor dell'ente/azienda

Data Firma del tutor del corso di laurea

B – Redigendo una relazione scritta (tesi in sostituzione del tirocinio) sotto la guida del prof.

....., docente del corso
....., in qualità di tutor del corso di laurea.

Data Firma del tutor del corso di laurea

Autorizzazione allo svolgimento del tirocinio

(Nome, Cognome e Firma di un componente della Commissione Tirocinio)

Data

In fede (Firma dello studente)

.....

Il modulo firmato dal Componente della Commissione tirocinio deve essere conservato dallo studente in formato elettronico fino alla consegna della relazione finale