



Progetto formativo per le attività di tirocinio svolto dagli studenti della Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera relativo alla convenzione sottoscritta tra il Dipartimento di Farmacia e l'Ente/Azienda

convenzione stipulata in data ___ / ___ / ___

Nominativo del tirocinante _____
Nato a _____ il _____
Residente in _____
Via _____ n. _____ cellulare _____
Codice fiscale n. _____ E-mail _____
Matricola n. _____

(Denominazione Ente ospitante) _____
Indirizzo _____
CAP _____ **Città** _____ **Prov.** _____
Partita I.V.A. _____
Timbro dell'Ente ospitante _____

Tutor Ente ospitante _____
Luogo di nascita _____ **data di nascita** _____
Indirizzo _____ **città** _____
Codice Fiscale _____
E-mail _____ **Tel.** _____

Tutor dell'Università _____
Tel. _____ **E-mail** _____

Periodo di tirocinio previsto **dal** ___ / ___ / ___ **al** ___ / ___ / ___

Tempi di accesso alle strutture aziendali (massimo 36 ore settimanali – massimo 8 ore giornaliere)

		Lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì	sabato
mattina	dalle						
	alle						
pomeriggio	dalle						
	alle						

