



UNIVERSITÀ DI PISA

DIPARTIMENTO DI FARMACIA

Via Bonanno, 6
56126 PISA

tel. 050-2219502
fax 050-2219608

Si comunica che il/la Sig/a _____
nato/a a _____ il _____, impegnato/a presso il nostro
Ente/Azienda per il tirocinio iniziato in data _____ e con termine previsto per il
_____ (avviato sulla base della convenzione stipulata con
_____ in data _____)
con sede di svolgimento prevalente del tirocinio a _____
dovrà recarsi in trasferta a _____ per il seguente
periodo _____ e per i seguenti motivi

Il/la tirocinante utilizzerà i seguenti mezzi di trasporto _____
_____ e pernoverà nei
giorni _____ presso _____
nella città di _____
prov. _____

data _____

Timbro e firma tutor struttura ospitante

(Cognome _____)

(Nome _____)

Timbro e firma tutor struttura proponente

(Cognome _____)

(Nome _____)

firma del tirocinante, per accettazione
