



Progetto formativo per le attività di tirocinio 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 _____ iscritto al Corso di Laurea in _____ Matricola n. _____
--

(Denominazione Ente/Azienda) _____ Indirizzo _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____ Partita I.V.A. _____ <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin-left: auto; margin-right: auto; text-align: center; padding: 5px;">Timbro dell'Ente/Azienda</div>

Tutor aziendale _____ Luogo di nascita _____ data di nascita _____ Indirizzo _____ città _____ Codice Fiscale _____ E-mail _____ Tel. _____

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

Settore di inserimento _____

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						

