

*MODULO RICHIESTA TIROCINIO PRESSO
L'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA*

Lo/a studente/ssa _____, matricola _____,
e-mail istituzionale _____ tel. _____
iscritto/a al Corso di Laurea in _____
chiede di essere ammesso a svolgere il tirocinio curriculare di _____ ore
nel periodo (almeno indicativo) _____
presso _____ come da
accordi intercorsi con il Prof. / Dott. _____ .

Allega alla presente:

- Copia a colori di un documento di riconoscimento
- Copia del codice fiscale
- Copia dell'Attestato del Corso di Formazione sulla Salute e Sicurezza sui luoghi
di lavoro rilasciato da _____ in
data _____ .

Firma _____

*Da consegnare alla Segreteria Didattica del Dipartimento di Farmacia, via Bonanno
25/b, negli orari di ricevimento studenti. (lunedì 10-12, martedì 10-12, mercoledì 10-
12, giovedì 14.30-16.30, venerdì 10-12)*