



UNIVERSITÀ DI PISA

DIPARTIMENTO DI FARMACIA

Via Bonanno, 6
56126 PISA

tel. 050-2219502
fax 050-2219608

Al Tutor universitario
Prof./Dott. _____
c/o Dipartimento di Farmacia

Si comunica che il tirocinio curriculare dello studente _____

_____ nato/a

a _____ il _____, matricola _____ iniziato in

data _____ con termine tirocinio previsto per il _____ (*)

avviato sulla base della convenzione stipulata in data _____ fra

_____ e il Dipartimento di Farmacia

viene interrotto

a partire dal __/__/20__ per la seguente motivazione:

rinuncia da parte del tirocinante

altro (*specificare*)

Percentuale di presenza in tirocinio (ore effettive di tirocinio rispetto a quelle previste nel progetto

formativo): _____%

data _____

Timbro e firma tutor della struttura ospitante

firma del tirocinante per accettazione

(Cognome _____)

(Nome _____)

* indicare il termine di fine tirocinio previsto nel progetto formativo, incluso l'eventuale periodo di proroga.