



UNIVERSITÀ DI PISA

DIPARTIMENTO DI FARMACIA

Via Bonanno, 6
56126 PISA

tel. 050-2219502
fax 050-2219608

Il sottoscritto _____
nato/a a _____ il _____,
chiede che il tirocinio iniziato in data _____ con termine
previsto per il _____ (avviato sulla base della
convenzione stipulata in data _____ fra Dipartimento di Farmacia e
_____),

venga prorogato

fino al _____ per il completamento/approfondimento del relativo progetto
formativo, come di seguito motivato:

data

Firma tirocinante

Timbro e firma tutor struttura ospitante

(Cognome _____)

(Nome _____)

Timbro e firma tutor accademico per accettazione

(Cognome _____)

(Nome _____)