

*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)*