



**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** \_\_\_\_\_  
**curriculum** \_\_\_\_\_ **Matricola n.** \_\_\_\_\_

**(Denominazione Ente/Azienda)** \_\_\_\_\_  
**Indirizzo** \_\_\_\_\_  
**CAP** \_\_\_\_\_ **Città** \_\_\_\_\_ **Prov.** \_\_\_\_\_  
**Partita I.V.A.** \_\_\_\_\_  
Timbro dell'Ente/Azienda \_\_\_\_\_

**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						

