



Progetto formativo per le attività di tirocinio relativo alla convenzione sottoscritta tra il Dipartimento di Farmacia e il Dipartimento di _____ lettera di intenti 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 Dipartimento) _____
Indirizzo _____
CAP _____ **Città** _____ **Prov.** _____
Timbro del Dipartimento

Tutor Dipartimento _____
Luogo di nascita _____ **data di nascita** _____
Indirizzo _____ **città** _____
Codice Fiscale _____
E-mail _____ **Tel.** _____

Tutor Dipartimento di Farmacia _____
Tel. _____ **E-mail** _____

Periodo di tirocinio previsto **dal** ___ / ___ / ___ **al** ___ / ___ / ___

Tempi di accesso alle strutture dipartimentali (massimo 36 ore settimanali – massimo 8 ore giornaliere)

		Lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì	sabato
mattina	dalle						
	alle						
pomeriggio	dalle						
	alle						

