Al Presidente del Corso di Laurea magistrale in

Scienze dell’Alimentazione e della Nutrizione Umana

Prof. Lina Cossignani

trasmettere alla Segreteria didattica del Dipartimento di Scienze Farmaceutiche

Dott. Roberta Bianchi - Tel. 075 585 2238

e-mail: [roberta.bianchi1@unipg.it](mailto:roberta.bianchi1@unipg.it); [segr-didattica.dsf@unipg.it](mailto:segr-didattica.dsf@unipg.it)

ATTESTATO DI ESPLETAMENTO DEL TIROCINIO FORMATIVO PRESSO DIPARTIMENTO O CENTRO DELL’ATENEO E RICONOSCIMENTO DEI CFU

Si attesta che il/la Dr./Dr.ssa ……………………………………………………………………………………… studente del CdLM in SANU (matricola n. ……………………) ha regolarmente svolto presso il Laboratorio/Sezione…………………………..……………………..………………….. del Dipartimento di……………………………… ………………………………………………………. Università degli Studi di Perugia un tirocinio formativodal ……… / ……… / …………… al ……… / ……… / …………… per un totale di □25, □50, □75, □……… ore.

*Descrizione dell’attività svolta durante il tirocinio:*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Giudizio sull’attività svolta durante il tirocinio:*

Il/La Dr./Dr.ssa …………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Si attesta pertanto che il/la Dr./Dr.ssa ………………………………………………………………………… ha svolto il tirocinio con esito positivo.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il Tutor universitario

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*firma*