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; segr-didattica.dsf@unipg.it

ATTESTATO DI ESPLETAMENTO DEL TIROCINIO FORMATIVO PRESSO ENTI E AZIENDE E RICONOSCIMENTO DEI CFU

Si attesta che il/la Dr./Dr.ssa …………………………………………………………………………… studente del CdLM in SANU (matricola n. ……………………) ha regolarmente svolto presso l’Azienda/Enteo altra struttura convenzionata …………………….……………………………..………… ………………………………………………………………………………………………………………….......................

(Convenzione di Tirocinio di Formazione ed Orientamento del ……… / ……… / …………… valida fino al ……… / ……… / ………………) 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 …………………………………………………………………………………………………………………………………

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

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il Tutor aziendale

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

*Timbro e firma*

Preso atto del giudizio qui espresso dal tutor aziendale e vista la relazione finale presentata dal candidato (allegata), si attesta che il/la Dr./Dr.ssa ……………………………………………………………………… ha svolto il tirocinio con esito positivo.

Data …………………………………. Il Tutor universitario

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

 *firma*