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)

Perugia, (data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RICHIESTA SVOLGIMENTO ATTIVITÀ DI TIROCINIO

PRESSO DIPARTIMENTO O CENTRO DELL’ATENEO

Il/la sottoscritto/a …………………………..………………………………..….,matricola …………………, e-mail ……………………………………...………………., iscritto/a al Corso di Laurea magistrale in Scienze dell’Alimentazione e della Nutrizione Umana nell’ A.A. …………………………………

## CHIEDE

di poter svolgere l’attività di tirocinio pratico applicativo per n. ……… CFU, presso …………….…………………………………………………...…… a decorrere dal ……………..…………… sotto la guida del Prof. .……………………………………………………….…. (Docente tutor)

Firma dello studente

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

Firma del Docente tutor

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