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 ENTI E AZIENDE

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 attività di tirocinio pratico applicativo per n. …… CFU, presso …………….…………………………………………………...…… a decorrere dal ……………………...……… sotto la guida di ………….………………………………………..……….…. (Tutor dell’Ente/Azienda)

e di ……………………………………….………………..……………………….. (Tutor universitario).

Firma dello studente

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

Firma Tutor Ente/Azienda

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

Firma Tutor universitario

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