



Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico In Farmacia

Modulo Per la Richiesta di Estensione Del Tirocinio

Il/La sottoscritto/a _____

Nato a _____ (____) il _____

Matricola _____

Iscritto per l'anno accademico _____ / _____ al _____ anno

preso atto delle norme che Regolamentano (art. 4) lo svolgimento del Tirocinio Professionale,

C H I E D E

di estendere il periodo di tirocinio presso

con sede in _____

Via _____

dal _____ al _____

Firma dello Studente

Firma Tutor Aziendale

Data di consegna _____

Approvato dal Consiglio di Corso di Laurea il _____

Il Presidente del Corso di Laurea _____