



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI**  
**FACOLTÀ DI BIOLOGIA E FARMACIA**

**ATTESTATO DI SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO**  
**FACOLTATIVO (PER CFU A SCELTA STUDENTE)**

DIPARTIMENTO/ENTE \_\_\_\_\_

Il sottoscritto prof./dott. \_\_\_\_\_ attesta  
che lo studente \_\_\_\_\_, nato a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ iscritto al corso  
di laurea in \_\_\_\_\_,  
matricola \_\_\_\_\_

ha svolto il tirocinio **facoltativo** presso la seguente struttura:

Periodo di svolgimento: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Numero di ore complessivamente svolte: \_\_\_\_\_

Numero di CFU maturati: \_\_\_\_\_

Cagliari, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del docente/tutor e timbro della  
Struttura)