



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI
FACOLTÀ DI BIOLOGIA E FARMACIA

REGISTRO DELLE PRESENZE

Corso di Studio in _____

Struttura presso cui si svolge il tirocinio _____

Periodo di svolgimento: dal _____ al _____

Ore svolte _____ sul totale ore previste _____
CFU maturati _____ sul totale CFU previsti _____

TIROCINANTE _____

Matricola _____



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

PRESENZE DEL MESE DI _____ ANNO _____

Data	N° Ore	Sede Tirocinio	Attività svolta	Firma Tirocinante

Firma e timbro del tutor¹

¹ In caso di tirocinio interno, firma del docente tutor formativo supervisore del tirocinio; in caso di tirocinio esterno, firma del tutor aziendale.