

# UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CAGLIARI

Al Coordinatore del Consiglio di Corso in Scienze degli Alimenti e della Nutrizione

## AUTORIZZAZIONE SVOLGIMENTO TIROCINIO FACOLTATIVO (CFU A SCELTA STUDENTE)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, iscritto/a per l'A.A. \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ anno  
del corso di laurea in \_\_\_\_\_ della  
Facoltà di Biologia, matricola n. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di poter svolgere un Tirocinio Facoltativo presso \_\_\_\_\_  
dove acquisirà le seguenti competenze

\_\_\_\_\_

con la supervisione di \_\_\_\_\_ per un numero di ore: \_\_\_\_\_ pari a CFU \_\_\_\_\_

### DICHIARA

( ) che ha svolto il Tirocinio Obbligatorio presso \_\_\_\_\_, dove ha acquisito  
le seguenti competenze

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ con la supervisione del Dr./Prof. \_\_\_\_\_

( ) che svolgerà il Tirocinio Obbligatorio presso una struttura diversa (ovvero con SSD differente) da  
quella indicata per il Tirocinio Facoltativo e dove acquisirà competenze diverse da quelle acquisite  
durante il Tirocinio Facoltativo.

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Recapiti:

Indirizzo E-mail

Indirizzo postale: Via / Piazza N.

Località

C.A.P.

Telefono

Tel. Cell.