UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI
SEGRETERIA STUDENTI
FACOLTÀ DI BIOLOGIA E FARMACIA

AL COORDINATORE DELLA CLASSE DI BIOLOGIA

OGGETTO : AUTORIZZAZIONE SVOLGIMENTO TIROCINIO FACOLTATIVO
(CFU A SCELTA DELLO STUDENTE)

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

CHIEDE

di poter svolgere un tirocinio facoltativo presso_____ _____

per un numero totale di ore_____ pari a CFU_____ con la supervisione del prof._____.

A TAL FINE DICHIARA

( ) di svolgere il tirocinio obbligatorio presso_____ _____
con la supervisione del prof._____

( ) che svolgerà il tirocinio obbligatorio presso una struttura e con la supervisione di un docente differenti da quelli indicati per il tirocinio facoltativo.

Data _____ Firma _____

Recapiti:

Indirizzo E-mail _____ Telefono_____