|  |
| --- |
| UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA  **DIPARTIMENTO DI SCIENZE FARMACEUTICHE**  *Corso di Laurea Magistrale in*  ***Scienze dell’Alimentazione e della Nutrizione Umana*** |



Al Presidente vicario

del Corso di Laurea Magistrale in

**Scienze dell’Alimentazione e della Nutrizione Umana**

*Prof. Lina Cossignani* ([lina.cossignani@unipg.it](mailto:lina.cossignani@unipg.it))

**ATTESTATO DI ESPLETAMENTO DEL TIROCINIO FORMATIVO E RICONOSCIMENTO DEI CFU**

Si attesta che il/la Dr./Dr.ssa …………………………………………………………………………… studente del CdLM in SANU (matricola n. ……………………) ha regolarmente svolto presso l’ **Azienda/Ente** o altra struttura **convenzionata**………………………………………………………………………………………………………

(Convenzione di Tirocinio di Formazione ed Orientamento Prot. n. …… del ……… / ……… / …………… valida fino al ……… / ……… / ………………) un **tirocinio formativo** dal ……… / ……… / ……………… al ……… / ……… / ……………… per un totale di 25 , 50, 75, ……… ore.

*Descrizione dell’attività svolta durante il tirocinio:*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Giudizio sull’attività svolta durante il tirocinio:*

Il/La Dr./Dr.ssa …………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Data …………………………………. Il Tutor aziendale ………………………………………………

*Timbro e firma*

Preso atto del giudizio qui espresso dal tutor aziendale e vista la relazione finale presentata dal candidato (allegata), si attesta che il/la Dr./Dr.ssa ……………………………………………………………………………………… ha svolto il tirocinio con esito positivo.

Data …………………………………. Il Tutor universitario ………………………………………………

*Timbro e firma*