|  |
| --- |
| 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)

**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 il **Laboratorio/Sezione**…………………………………..…………………..del **Dipartimento di**……………………………… ……………………………………………………….**Università degli Studi di Perugia** 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 …………………………………………………………………………………………………………………………… .………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

Si attesta pertanto che il/la Dr./Dr.ssa ……………………………………………………………………………………… ha svolto il tirocinio con esito positivo.

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

*Timbro e firma*