**UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DI PERUGIA**

**Corso di Laurea Magistrale in**

**SCIENZE DELL’ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE UMANA**

Al Presidente del Corso di Laurea magistrale in

Scienze dell’Alimentazione e della Nutrizione Umana

Da consegnare alla Segreteria didattica del Dipartimento, Via A. Fabretti n.48

Dott. Roberta Bianchi

Tel. 075 585 2238

e-mail: roberta.bianchi1@unipg.it; segr-didattica.dsf@unipg.it

**ATTESTATO DI ESPLETAMENTO DEL TIROCINIO FORMATIVO PRESSO DIPARTIMENTO O CENTRO DELL’ATENEO 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*

**UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DI PERUGIA**

**Corso di Laurea Magistrale in**

**SCIENZE DELL’ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE UMANA**

Al Presidente del Corso di Laurea magistrale in

Scienze dell’Alimentazione e della Nutrizione Umana

Da consegnare alla Segreteria didattica del Dipartimento, Via A. Fabretti n.48

Dott. Roberta Bianchi

Tel. 075 585 2238

e-mail: roberta.bianchi1@unipg.it; segr-didattica.dsf@unipg.it

**ATTESTATO DI ESPLETAMENTO DEL TIROCINIO FORMATIVO PRESSO ENTI E AZIENDE 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*