Al Coordinatore del Corso di Laurea Magistrale in

Chimica e Tecnologia Farmaceutiche

Prof. Claudio Santi

*trasmettere al seguente indirizzo di posta elettronica*:

cdl-unico.ctf@unipg.it

Perugia, (data) ………….

**RICHIESTA SVOLGIMENTO ATTIVITÀ DI TIROCINIO**

**PRESSO DIPARTIMENTO O CENTRO DELL’ATENEO**

Il/la sottoscritto/a…………………………………………………..….,matricola …………………, e-mail ……………………………………...………………., iscritto/a al Corso di Laurea magistrale in Chimica e Tecnologia Farmaceutiche nell’ A.A. …………………

## CHIEDE

di poter svolgere l’attività di tirocinio formativo dal titolo “….” , n. …… CFU, presso …………….…………………………………………………...……a decorrere dal …………… sotto la guida del Prof.……………………………………….….(Docente tutor)

Firma dello studente

……………………………………

Firma del Docente tutor.……………………………………………….

La domanda di tirocinio dovrà essere inviata almeno 1 mese prima dell’inizio dello stesso al seguente indirizzo: cdl-unico.ctf@unipg.it