**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA**

Dipartimento di Scienze Farmaceutiche

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Al Coordinatore del Corso di Laurea Magistrale in**

**Farmacia**

**Chiar.ma Prof.ssa Maria Carla Marcotullio**

Da trasmettere a [cdl-unico.farmacia@unipg.it](mailto:cdl-unico.farmacia@unipg.it)

Perugia (data)………..

Il/La sottoscritt………………………………………………………………………….., matr.n…………………………, iscritto/a nell’anno accademico …………….. …., al ……….anno di corso

**CHIEDE**

il riconoscimento dei crediti derivanti dal tirocinio formativo svolto presso ……………………………………………………………………………………………………dal………………al…………………… per un totale di ………… ore

Si allega una breve relazione sull’attività svolta firmata dal sottoscritto/a, dal tutor aziendale e dal tutor accademico.

In fede

…………………………………………….

(firma per esteso)