



Università  
degli Studi di  
Messina

DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIMICHE,  
BIOLOGICHE, FARMACEUTICHE  
ED AMBIENTALI

Al Coordinatore del  
Corso di Laurea in

\_\_\_\_\_

e p.c. All'Ordine dei Farmacisti della  
Provincia di \_\_\_\_\_

Alla Segreteria Studenti  
U. Op. 6 ChiBioFarAm

### **RICHIESTA RICONOSCIMENTO TIROCINIO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_@studenti.unime.it

iscritto/a regolarmente per l'A.A.2023/24 al \_\_\_\_\_ anno in corso dell'**ordinamento abilitante**

del Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in \_\_\_\_\_,

consapevole delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445,

DICHIARA

di avere svolto il tirocinio presso la Farmacia \_\_\_\_\_, sotto la guida del Tutor Professionale Dott. \_\_\_\_\_, per N° \_\_\_\_\_ ore, come riportato nel "Registro delle attività di tirocinio professionale"

CHIEDE

il riconoscimento delle attività di tirocinio professionale già svolte ai fini del completamento del TPV.

l'assegnazione del tutor accademico, in ottemperanza al regolamento del TPV.

Con osservanza,

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma del richiedente)