



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, **entro il 31/05/2024**, 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)