

Mod. 3

Al Direttore del Dipartimento di Scienze del Farmaco

UniCT -- Università degli studi di Catania

SEDE

Oggetto: attestazione dell'attività di tutor professionale

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____
nato/a _____ prov. _____, il ____ / ____ / ____
ai sensi dell'Art. 2 del Regolamento di Tirocinio.

CHIEDE l'attestazione dello svolgimento dell'attività di tutor professionale

Dichiara che è stato tutor professionale per lo/la studente/ssa _____
matricola _____ che ha svolto il tirocinio professionale di sei mesi (900 ore) previsto per il conseguimento
delle lauree in Farmacia e Chimica e Tecnologia Farmaceutiche.

Il tirocinio è stato effettuato dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____
dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____
presso la Farmacia _____

ANNO _____ gennaio _____ febbraio _____ marzo _____ aprile _____ maggio _____ giugno _____
luglio _____ agosto _____ settembre _____ ottobre _____ novembre _____ dicembre _____

ANNO _____ gennaio _____ febbraio _____ marzo _____ aprile _____ maggio _____ giugno _____
luglio _____ agosto _____ settembre _____ ottobre _____ novembre _____ dicembre _____

Distinti saluti.

_____ li _____

In fede
(firma tutor professionale)
