



UNIVERSITÀ DI SIENA 1240

Al Direttore
del Dipartimento di Biotecnologie, Chimica e Farmacia
Università degli Studi di
SIENA

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) _____

Matricola n. _____ iscritto/a per l'a.a. _____ al _____ anno in
corso/fuori corso del Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in
_____ (LM-13), avendo conseguito

175 CFU, visto il Regolamento del Tirocinio Professionale vigente,

CHIEDE

di poter svolgere l'attività di tirocinio presso la Farmacia _____

sita in via/piazza _____ n. _____ CAP _____

Località _____ Provincia _____

di cui Tutor Dr. (nome e cognome) _____

a partire dal ___/___/___ (giorno/mese/anno) secondo quanto previsto dal Regolamento suddetto.

Sienna, li _____

Firma leggibile dello studente

Al sensi di quanto previsto dal D.Lgs 30.06.2003 n.196, si informano gli studenti che i dati raccolti con la presente documentazione sono previsti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti. Essi verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo, e comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'Università degli Studi di Siena, ivi compreso l'eventuale scambio di informazioni atte a favorire l'inserimento nel mondo lavorativo. In relazione ai dati conferiti lo studente gode dei diritti previsti dal decreto sopra citato. Titolare dei dati è l'Università degli Studi di Siena.

Sienna,.....

Firma.....