



# 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 Specialistica/Laurea Magistrale a ciclo unico

in \_\_\_\_\_ (classe 14/S / LM-13),

avendo conseguito 180 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.

Siena, li \_\_\_\_\_

Firma leggibile dello studente

\_\_\_\_\_