



Marca da bollo da €16

*Verificare presso la
Segreteria Studenti se
occorre applicare la
marca da bollo*

AL MAGNIFICO RETTORE DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI

ISTANZE:

**AUTORIZZAZIONE SVOLGIMENTO TIROCINIO FACOLTATIVO (CFU
A SCELTA STUDENTE)**

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a
_____ prov. _____ il _____,
iscritto/a per l'A.A. _____ / _____ al _____ anno del corso di laurea
in _____ della
Facoltà di Biologia e Farmacia, matricola n. _____,

CHIEDE

di poter svolgere un Tirocinio Facoltativo presso _____

per un numero di ore: _____ pari a CFU _____

DICHIARA

di svolgere il Tirocinio Obbligatorio presso _____

con la supervisione del prof. _____

**che svolgerà il Tirocinio Obbligatorio presso una struttura diversa da quella indicata per il
Tirocinio Facoltativo**

Data _____

Firma _____

Recapiti:

Indirizzo E-mail _____

Indirizzo postale: Via / Piazza _____ **N.** _____

Località _____ **C.A.P.** _____

Telefono _____ **Telef. Cellul.** _____