UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CAGLIARI
FACOLTÁ DI FARMACIA
Palazzo delle Scienze Via Ospedale, 72 • 09124 • Cagliari tel.: 0706758603 • Fax: 0706758665

REGISTRO DELLE PRESENZE

CORSO DI LAUREA IN

AZIENDA – ENTE OSPITANTE	
SEDE DEL TIROCINIO	
TIROCINANTE	
TUTOR AZIENDALE	
DOCENTE TUTOR UNIVERSITARIO	
PERIODO DEL TIROCINIO	**dal** / **al**

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE AZIENDALE

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CAGLIARI

FACOLTÁ DI FARMACIA

Palazzo delle Scienze Via Ospedale, 72 • 09124 • Cagliari tel.: 0706758603 • Fax: 0706758665

Foglio di presenza dello studente ______________________________ Matricola N° ________________________

DATA (gg/mm/aaaa)	NUMERO ORE	SEDE TIROCINIO	ATTIVITÀ SVOLTA	FIRMA TIROCINANTE

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CAGLIARI
FACOLTÁ DI FARMACIA
Palazzo delle Scienze Via Ospedale, 72 • 09124 • Cagliari tel.: 0706758603 • Fax: 0706758665

DATA (gg/mm/aaaa)	N° ORE	SEDE TIROCINIO	ATTIVITÀ SVOLTA	FIRMA TIROCINANTE