

Mod. 3

Al Direttore del Dipartimento
di Scienze del Farmaco e della Salute
Università degli Studi di Catania
Sede

Oggetto: attestazione dell'attività di tutor professionale

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa tutor professionale _____
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 (ore) ____ febbraio (ore) ____ marzo (ore) ____ aprile (ore) ____ maggio (ore) ____
giugno (ore) ____ luglio (ore) ____ agosto (ore) ____ settembre (ore) ____ ottobre (ore) ____ novembre (ore)
____ dicembre (ore) ____

ANNO ____ gennaio (ore) ____ febbraio (ore) ____ marzo (ore) ____ aprile (ore) ____ maggio (ore) ____
giugno (ore) ____ luglio (ore) ____ agosto (ore) ____ settembre (ore) ____ ottobre (ore) ____ novembre (ore)
____ dicembre (ore) ____

Distinti saluti.

_____ li _____

In fede
(firma tutor professionale)

Nota la domanda andrà presentata presso l' Ufficio della Didattica, dei Servizi agli Studenti e della
Mobilità Internazionale al seguente indirizzo email: **dsfs.tirocini@unict.it**