

Al Consiglio della  
Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera  
Università degli Studi di Genova

Il/La sottoscritto/a

nato/a a

il

residente a

cap

regolarmente iscritto/a al

Anno della Scuola di Specializzazione in

Farmacia Ospedaliera di codesta Università,

chiede di svolgere il tirocinio professionale presso la sede **primaria**

sotto la supervisione del tutor aziendale Dott.

a partire dal

data .....

firma del richiedente dott./dott.ssa .....

-----  
Per approvazione (Firma del Referente e timbro aziendale)

.....  
Firma del tutor .....

Il Consiglio delibera l'approvazione nella seduta del .....

Il Direttore della Scuola .....