

*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 **secondaria***

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