

*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,

per i seguenti motivi

*.....
di spostare la sede primaria di tirocinio formativo da
(tutor aziendale.....), a (tutor
aziendale) a partire dal*

luogo, data

firma dott./dott.ssa

Per approvazione (Firma e timbro referente sede originaria)

Per approvazione (Firma e timbro referente nuova sede)

Il Consiglio delibera di approvare / negare nella seduta del

Il Direttore della Scuola

.....