

Al Coordinatore della Classe L-29 - Lauree in Scienze e Tecnologie Farmaceutiche

del Corso di Studi in Scienze Erboristiche

Chiar.ma Prof.ssa Francesca Borrelli

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il

_____ residente in _____

alla Via _____

tel. fisso _____ cell. _____

indirizzo e-mail _____ data presunta di laurea _____

iscritto/a al 3° anno del Corso di laurea triennale in Scienze Erboristiche con matr. n. _____ numero
esami mancanti _____

CHIEDE

di poter espletare il tirocinio curriculare pari a 10 CFU.

Indicare **tre preferenze** di Aziende/Enti convenzionati con l'Ateneo, scelte nell'elenco disponibile presso la Segreteria studenti. L'assegnazione avverrà secondo la posizione in graduatoria e compatibilmente con le disponibilità delle Aziende/enti

È possibile segnalare anche Azienda/Enti non previsti in elenco purché convenzionati con l'Ateneo o altresì è possibile richiederne la convenzione.

Napoli, _____

Con Osservanza

RISERVATO ALLA SEGRETERIA STUDENTI

N. CFU _____	MEDIA _____
---------------------	--------------------