

**Al Coordinatore della Classe L-29 - Lauree in Scienze e Tecnologie Farmaceutiche  
del Corso di Studi in Scienze Nutraceutiche  
Chiar.ma Prof.ssa Francesca Ungaro**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/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 Nutraceutiche con matr. n. \_\_\_\_\_

numero esami mancanti \_\_\_\_\_ (MAX 4 ESAMI)

CHIEDE

di poter espletare il tirocinio curriculare pari a 6 CFU.

Indicare **tre preferenze** di Aziende/Enti convenzionati con l'Ateneo, scelte nell'elenco accluso alla domanda stessa presso la quale lo studente desidererebbe svolgere il tirocinio.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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**

<b>N. CFU</b> _____	<b>MEDIA</b> _____
---------------------	--------------------