

**Al Coordinatore del Corso di Studi in Controllo di Qualità/Indirizzo Industriale Farmaceutico
Classe L-29 - Lauree in Scienze e Tecnologie Farmaceutiche**

Chiar.ma Prof.ssa Rita Santamaria

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ ()

il _____ residente in _____

alla Via _____

tel. fisso _____ cell. _____

indirizzo e-mail _____ data presunta della laurea _____

iscritto/a al 3° anno del Corso di Laurea triennale in Controllo di Qualità /Indirizzo Industriale Farmaceutico
con matr. n. _____ numero esami mancanti _____

☐ Disponibile a svolgere tesi fuori regione

CHIEDE

di poter espletare il tirocinio curriculare pari a 10 CFU.

Indicare una o più 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 Aziende/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 _____

**Ha /Non ha superato esame di Chimica Analitica e
laboratorio di analisi dei medicinali**

**N.B. Si fa presente che la fine dell'attività di tirocinio prevede la consegna del libretto in
segreteria e va comunicata tassativamente all'indirizzo paluongo@unina.it**