## **Allegato 4**

**ATTESTAZIONE FINALE TIROCINIO**

**Cognome e nome del tirocinante**: ……………………………………………………………………… residente a : ………………….………. via/piazza …………………………….…… n……………….. cellulare : ………………………….. e-mail…………………………………………………………… …

Corso di Studio : ………………………………………………………………………………………………

Soggetto disabile SI NO

### HA PARTECIPATO AL SEGUENTE TIROCINIO

Riferimento convenzione n………………..prot……………………………………………………………..

Progetto:………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

Promosso da (soggetto promotore) Università degli Studi di Trieste - Dipartimento di Scienze Chimiche e Farmaceutiche

Svolto presso (soggetto ospitante……………………… …………………………………………………

dal ………………… al………………. per un numero complessivo di giornate / mesi di attività

………………………………… e per un totale di ore svolte pari a …………………………………….

CFU riconosciuti n. ………………..(massimo 2 cfu se svolto in Farmacia/Farmacia ospedaliera)

**Tutor universitario:**

prof.. /prof.ssa …………………………………………………………………..…………

 (contatti: tel. 040 558…………..….., e-mail: …………….………..@units.it)

**Tutor aziendale:** …………………………………………….

(contatti: tel…………………………… e-mail…………………………………………….…)

### HA SVOLTO LE SEGUENTI ATTIVITA’

|  |  |
| --- | --- |
| Attività oggetto del tirocinio[[1]](#footnote-1)  | Descrizione e **valutazione** sintetica dell’attività  |
| Settore………………………………………………………….. Area di attività…………………………………………………. Attività………………………………………………………….. ………………………………………………………………..… ……………………………………………………………….....   | ………………………………………………………. ………………………………………………………. ……………………………………………………….. ……………………………………………………….   |
| Settore………………………………………………………….. Area di attività…………………………………………………. Attività………………………………………………………….. ………………………………………………………………..… ……………………………………………………………….....   | ………………………………………………………. ………………………………………………………. ……………………………………………………….. ……………………………………………………….   |

Trieste,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma, per l’Università degli Studi di Trieste Prof./prof.ssa (Nome Cognome)

......................................................................................................................................................

Firma e Timbro, per il soggetto ospitante (Nome Cognome)

........................................................................................................................................................

1. Descrivere, facendo riferimento al progetto formativo, le attività effettivamente svolte dal tirocinante, documentate e/o documentabili e suscettibili di valutazione. [↑](#footnote-ref-1)