

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  
.....

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 <sup>1</sup>	Descrizione e <b>valutazione</b> 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)

.....

<sup>1</sup> Descrivere, facendo riferimento al progetto formativo, le attività effettivamente svolte dal tirocinante, documentate e/o documentabili e suscettibili di valutazione.