



Università
degli Studi di
Messina

DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIMICHE,
BIOLOGICHE, FARMACEUTICHE
ED AMBIENTALI

Al Coordinatore del
Corso di Laurea in

e p.c. All'Ordine dei Farmacisti della
Provincia di _____

Alla Segreteria Studenti
U. Op. 6 ChiBioFarAm

RICHIESTA RICONOSCIMENTO TIROCINIO

Il/La sottoscritto/a _____ matricola _____

nato/a _____ il _____

indirizzo _____ n° _____ cap _____

tel. _____ email _____@studenti.unime.it

iscritto/a regolarmente per l'**A.A.** _____ al _____ **anno in corso** del **nuovo ordinamento** del Corso di Laurea a ciclo unico in _____, consapevole delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445,

DICHIARA

di **avere completato il tirocinio professionale** previsto dall'ordinamento previgente e di avere consegnato alla Segreteria Studenti U.Op.6 ChiBioFarAm il registro delle attività svolte, validato dal competente Ordine,

CHIEDE

il **riconoscimento delle attività di tirocinio professionale svolte e l'ammissione alla Prova Pratica Valutativa.**

Con osservanza,

(luogo e data)

(firma del richiedente)