



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI
FACOLTÀ DI BIOLOGIA E FARMACIA

ATTESTATO DI SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO
FACOLTATIVO (PER CFU A SCELTA STUDENTE)

DIPARTIMENTO DI _____

Il sottoscritto prof./dott. _____ attesta
che lo studente _____, nato a
_____ il _____ iscritto al corso
di laurea in _____,
matricola _____

ha svolto il tirocinio **facoltativo** presso la seguente struttura:

Periodo di svolgimento: dal _____ al _____

Numero di ore complessivamente svolte: _____

Numero di CFU maturati: _____

Cagliari, _____

(Firma del docente e timbro della Struttura)