



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI  
FACOLTÀ DI BIOLOGIA E FARMACIA

## REGISTRO DELLE PRESENZE

Corso di Studio in \_\_\_\_\_

Struttura presso cui si svolge il tirocinio \_\_\_\_\_

Periodo di svolgimento: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Ore svolte \_\_\_\_\_ sul totale ore previste \_\_\_\_\_  
CFU maturati \_\_\_\_\_ sul totale CFU previsti \_\_\_\_\_

TIROCINANTE \_\_\_\_\_

Matricola \_\_\_\_\_



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI  
FACOLTÀ DI BIOLOGIA E FARMACIA

PRESENZE DEL MESE DI \_\_\_\_\_ ANNO \_\_\_\_\_

gg	N° Ore	Sede Tirocinio	Attività svolta	Firma Tirocinante
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Firma e timbro del tutor<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> In caso di tirocinio interno, firma del docente tutor formativo supervisore del tirocinio; in caso di tirocinio esterno, firma del tutor aziendale.