

Spett.le Università degli Studi di Genova
Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche
Via L.B. Alberti, 4
16132 Genova

RICHIESTA DI INTERRUZIONE TIROCINIO

Il/la sottoscritto/a _____ Matricola n. _____
nato/a a _____ il ___/___/___

COMUNICA

che interromperà il tirocinio presso _____ (sede di svolgimento del
tirocinio) Via _____ n. _____ CAP _____ Comune _____
per i seguenti motivi _____

e che, pertanto, come data di conclusione del tirocinio deve intendersi il giorno ___/___/___ (compreso).

Data

Firma del Richiedente

.....

Firma per presa visione dell'ente/azienda

.....

Il presente modulo dovrà essere inoltrato, tramite fax (al numero 010 353 7352) o e-mail (sportello@medicina.unige.it) **almeno 5 giorni lavorativi prima della data di interruzione del tirocinio.**