

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

RICHIESTA DI PROROGA TIROCINIO

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

CHIEDE

di poter prorogare dal ___/___/___ al ___/___/___ (compreso) (**con le stesse modalità e tempi di accesso alla struttura indicate nel progetto formativo**) il tirocinio che sta svolgendo presso _____ (sede di svolgimento del tirocinio)
Via _____ n. _____ CAP _____ Comune _____
per i seguenti motivi (*indicare i motivi che hanno impedito il raggiungimento degli obiettivi nei tempi inizialmente previsti o che comunque ne rendono opportuna la proroga*):

Data

Firma del Richiedente

.....

Firma per presa visione dell'ente/azienda

.....

Firma del Coordinatore del Corso di Studio

.....

Il presente modulo dovrà essere inoltrato, tramite fax (al numero 010 353 7352) o e-mail (sportello@medicina.unige.it) **almeno 10 giorni lavorativi** prima della fine del tirocinio originariamente prevista.

Non verranno prese in considerazione le richieste trasmesse successivamente a tale termine.