



**DIPARTIMENTO DI MEDICINA VETERINARIA**  
**Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina Veterinaria**

**DOMANDA DI TIROCINIO PRATICO**

**allegato 2a**

(da consegnare c/o la Direzione del Dipartimento di Medicina Veterinaria in duplice copia)

Il sottoscritto

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Matricola \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ ) data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

iscritto al:  V anno di corso  o al \_\_\_\_ anno fuori corso  per l'a.a. \_\_\_\_/\_\_\_\_

(Sessione di laurea in cui si ipotizza di discutere la tesi: \_\_\_\_\_)

chiede di poter svolgere le attività di tirocinio pratico presso le seguenti strutture:

| AREA DI TIROCINIO  | A | B |
|--|---|---|
| Clinica Medica, Profilassi   |   |   |
| Patologia Aviaria  |   |   |
| Clinica Chirurgica   |   |   |
| Clinica Ostetrica e Ginecologica                                     |   |   |
| "Zootecnia I"  |   |   |
| "Zootecnia II"   |   |   |
| Ispezione e Controllo delle derrate alimentari di Origine animale I  |   |   |
| Ispezione e Controllo delle derrate alimentari di Origine animale II |   |   |

**A)** strutture interne al Dipartimento   **B)** strutture esterne al Dipartimento   *(Barare con una X le caselle)*

data \_\_\_\_\_

Firma dello Studente \_\_\_\_\_

**INDIRIZZO E RECAPITI TELEFONICI E/O INFORMATICO:**

Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Il firmatario, informato circa le finalità e le modalità dei dati personali che saranno utilizzati ad esclusivo uso interno, autorizza il Dipartimento al trattamento dei dati indicati.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Acconsento al trattamento dei miei dati personali, ai sensi della legge 675/96 sulla privacy.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

copia per la Direzione



**DIPARTIMENTO DI MEDICINA VETERINARIA**  
**Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina Veterinaria**

**DOMANDA DI TIROCINIO PRATICO**

**allegato 2a**

(da consegnare c/o la Direzione del Dipartimento di Medicina Veterinaria in duplice copia)

Il sottoscritto

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Matricola \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ ) data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

iscritto al:  V anno di corso  o al \_\_\_\_ anno fuori corso  per l'a.a. \_\_\_\_/\_\_\_\_

(Sessione di laurea in cui si ipotizza di discutere la tesi: \_\_\_\_\_)

chiede di poter svolgere le attività di tirocinio pratico presso le seguenti strutture:

| AREA DI TIROCINIO  | A | B |
|--|---|---|
| Clinica Medica, Profilassi   |   |   |
| Patologia Aviaria  |   |   |
| Clinica Chirurgica   |   |   |
| Clinica Ostetrica e Ginecologica                                     |   |   |
| "Zootecnia I"  |   |   |
| "Zootecnia II"   |   |   |
| Ispezione e Controllo delle derrate alimentari di Origine animale I  |   |   |
| Ispezione e Controllo delle derrate alimentari di Origine animale II |   |   |

**A)** strutture interne al Dipartimento   **B)** strutture esterne al Dipartimento   *(Barare con una X le caselle)*

data \_\_\_\_\_

Firma dello Studente \_\_\_\_\_

**INDIRIZZO E RECAPITI TELEFONICI E/O INFORMATICO:**

Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Il firmatario, informato circa le finalità e le modalità dei dati personali che saranno utilizzati ad esclusivo uso interno, autorizza il Dipartimento al trattamento dei dati indicati.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Acconsento al trattamento dei miei dati personali, ai sensi della legge 675/96 sulla privacy.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_