



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

DOMANDA DI TIROCINIO PRATICO

[allegato 2b](#)

(da consegnare al coordinatore della Commissione Tirocinio)

Il sottoscritto

Nome _____ Cognome _____ Matricola _____

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

AREA DI TIROCINIO	STRUTTURA ESTERNA	PERIODO	TUTOR
Clinica Medica, Proflassi		dal/...../.....	
		al/...../.....	
Patologia Aviare		dal/...../.....	
		al/...../.....	
Clinica Chirurgica		dal/...../.....	
		al/...../.....	
Clinica Ostetrica e Ginecologica		dal/...../.....	
		al/...../.....	
"Zootecnia I"		dal/...../.....	
		al/...../.....	
"Zootecnia II"		dal/...../.....	
		al/...../.....	
Ispezione e Controllo delle derrate alimentari di Origine animale I		dal/...../.....	
		al/...../.....	
Ispezione e Controllo delle derrate alimentari di Origine animale II		dal/...../.....	
		al/...../.....	

N:B: nella calendarizzazione lo studente dovrà tener conto di quanto normato nel regolamento di tirocinio (articoli 4, 5 e 6).

data _____

Firma dello Studente
