



Università degli Studi di Sassari
Dipartimento di Medicina veterinaria

via Vienna, n. 2, 07100 Sassari(Italy)

t +39 079 229401

f +39 079 229408

dip.medicina.veterinaria@pec.uniss.it

www.uniss.it

p.iva 00196350904

| | | |
|-----------------|------------------|------------|
| Rep. n. | Prot. n. | del |
| Anno | Titolo | |
| Classe | Fascicolo | |
| Allegati | | |

Al Direttore dell'AZIENDA SANITARIA LOCALE N° ____

OGGETTO: Domanda e autorizzazione tirocinio curriculare

Con la presente si fa cortese richiesta di autorizzare il/la Sig./Sig.ra _____ matricola _____, iscritto/a al CdLM a ciclo unico in Medicina Veterinaria e laureando/a nella sessione di _____, a frequentare l'Azienda/Ente in oggetto dal _____ al _____ per un periodo di tirocinio pratico obbligatorio inerente le materie di: _____

Si informa che, in base ad accordi intercorsi, le attività di tirocinio si svolgeranno sotto la guida di un Tutor (Dott.) ed un Docente (Prof.)

Dott. _____

Prof. _____

Si allega alla presente la dichiarazione liberatoria rilasciata dall'interessato e copia del contratto assicurativo contro rischi da infortuni e malattie e per responsabilità civile.

Cordiali saluti

Il Direttore