



UNIVERSITÀ degli STUDI di TORINO
DIPARTIMENTO di SCIENZE MEDICHE
C.so A.M. Dogliotti, 14 – 10126 Torino

Corso di Laurea Magistrale in Biotecnologie Mediche

Presidentessa: Prof.ssa Isabella Castellano

Referente: Daniela Di Paola, tel. 011/6705602 – fax 011/6705668 – cdlm-biotechmed@unito.it

RICHIESTA CAMBIO TIROCINIO

Il/La sottoscritto/a:

NOME _____

COGNOME _____

MATRICOLA _____

Chiede il cambio di Tirocinio Formativo

TIROCINIO “USCENTE”:

NOME TIROCINIO _____

CODICE TIROCINIO _____

TUTOR TIROCINIO _____

TIROCINIO “ENTRANTE”:

NOME TIROCINIO _____

CODICE TIROCINIO _____

TUTOR TIROCINIO _____

PROGETTO FORMATIVO (JOB PLACEMENT):

☐

compilato

☐

non compilato

☐

in fase di compilazione

data _____

FIRMA STUDENTE

FIRMA TUTOR USCENTE

FIRMA TUTOR ENTRANTE

* Compilare ed inviare a cdlm-biotechmed@unito.it il presente modulo datato e firmato da entrambi i Tutor