**DOMANDA DI TIROCINIO PRATICO FORMATIVO CURRICULARE**

**AL MAGNIFICO RETTORE**

**DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PERUGIA**

**e p.c. al Direttore del Dipartimento**

**di Medicina Veterinaria**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matricola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritto/a al 🞏 V° anno in corso / 🞏 V° anno F.C.

Laurea Magistrale in Medicina Veterinaria LM42 - A.A. 2022/2023

**DICHIARA**

🞏 **che alla data odierna non ha ancora sostenuto tutti gli esami del 1°, 2°, 3° e 4° anno e che pertanto è consapevole che la propria iscrizione al tirocinio è vincolata al superamento degli stessi entro il 30 luglio 2023**, per poter iniziare la frequenza al tirocinio del 3° CICLO – A.A. 2022/2023 DAL 01/09/2023 AL 27/02/2024 (30 CFU – 180 giornate continuative);

🞏 **che alla data odierna ha sostenuto e superato tutti gli esami del 1°, 2°, 3° e 4° anno** per iniziare la frequenza al tirocinio del 3° CICLO – A.A. 2022/2023 DAL 01/09/2023 AL 27/02/2024 (30 CFU – 180 giornate continuative);

🞏 che svolgerà in Erasmus un periodo di Tirocinio, relativo ai 30 CFU**,** dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ come attestato dalla documentazione in allegato.

**chiede di poter svolgere il Tirocinio come da tabella sotto riportata:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIROCINIO** | **SSD** | **GG** | **CFU** | **DOCENTE RESPONSABILE** | **Periodo di svolgimento e Sede** |
| **CLINICA MEDICA E PROFILASSI VETERINARIA** | VET/08 | 30 | 5 | Dott.ssa M.B. Conti | dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞏 IN SEDE: OVUD (DIP.MED.VET.)🞏 FUORI SEDE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **CLINICA CHIRURGICA VETERINARIA**  | VET/09 | 30 | 5 | Prof. R. Arcelli | dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞏 IN SEDE: OVUD (DIP.MED.VET.)🞏 FUORI SEDE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA VETERINARIA** | VET/10 | 15 | 2,5 | Dott. R.Zelli | dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞏 IN SEDE: OVUD (DIP.MED.VET.)🞏 FUORI SEDE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **PATOLOGIA AVIARE** | VET/05 | 15 | 2,5 | Prof.ssa M.P.Franciosini | dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞏 IN SEDE: DIP.MED.VET.🞏 FUORI SEDE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **ZOOTECNICA I - II** | AGR/17 | 45 | 7,5 | Prof. M. Silvestrelli | dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞏 IN SEDE: DIP.MED.VET.🞏 FUORI SEDE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **ISPEZIONE E CONTROLLO E CERTIFICAZIONE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE** | VET/04 | 45 | 7,5 | Prof. B.Cenci Goga | dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞏 IN SEDE: DIP.MED.VET.🞏 FUORI SEDE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Autorizza** l’invio delle comunicazioni inerenti alle attività previste da parte della Segreteria Didattica del Dipartimento di Medicina Veterinaria, ai seguenti recapiti:

Cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail personale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allega** alla presente:

1) Fotocopia libretto esami o autocertificazione esami prodotta tramite SOL;

**2) Per gli studenti che svolgono il tirocinio nelle strutture convenzionate esterne: relativo progetto formativo, compilato e firmato dal Docente responsabile di tirocinio e firmato e timbrato dal Referente Aziendale;**

Luogo e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_