

ALLEGATO 3
SCHEMA DI PROGRAMMAZIONE TIROCINIO

Il/La sottoscritto/a _____ iscritto/a al CdLM a ciclo unico in Medicina veterinaria, Matricola _____

DICHIARA

di svolgere le attività pratiche di tirocinio presso le seguenti Strutture/Enti

DISCIPLINE TIROCINIO	S.S.D.	SEDE TIROCINIO	Data inizio	Data fine	Nome Referente/Tutor (in stampatello)	Referente del corso di studio	Tutor esterno (firma)
Clinica Medica e Profilassi	VET/08						
Patologia Aviare	VET/08						
Clinica Chirurgica	VET/09						
Clinica Ostetrica e Ginecologica	VET/10						
Zootecnica I	AGR/18						
Zootecnica II	AGR/19						
Ispezione e Controllo delle derrate alimentari di origine animale I	VET/04						
Ispezione e Controllo delle derrate alimentari di origine animale II	VET/04						
Attività obbligatorie (allegato 4)	VET/04						

Data _____

Firma dello studente

Firma del Coordinatore del Tirocinio

N.B. Il presente Allegato dovrà essere consegnato 7 giorni prima della laurea, debitamente firmato, alla Direzione del Dipartimento di Medicina Veterinaria.