



**Università degli Studi "G. d'Annunzio"  
Chieti-Pescara  
Segreteria Studenti di FARMACIA  
Tel. 0871-3555355 ≈ Fax 0871-3555870**

**COMUNICAZIONE di VARIAZIONE PROGETTO FORMATIVO e di ORIENTAMENTO**

Da spedire alla Segreteria Studenti al fax n. 0871.3555870 e all'Ordine dei Farmacisti (le modifiche devono essere comunicate almeno 20 giorni prima della scadenza del termine del periodo di tirocinio indicato nel progetto formativo).

Il Titolare/Direttore Dott.....della Farmacia.....  
..... Via .....  
n .....Città ..... Prov. .... Tel .....  
Fax ..... E- mail .....  
in riferimento al tirocinio dello studente (nome, cognome e n. di matricola).....

.....  
sentito il tutor aziendale (nome e cognome) ..... comunica  
la modifica del Progetto di tirocinio di formazione ed orientamento nel/ nei seguente/i punti:

- sede di svolgimento .....
- periodo di inizio tirocinio (da comunicare almeno 20 giorni prima della data di inizio indicata nel progetto formativo).....
- periodo di fine tirocinio (da comunicare almeno 20 giorni prima della data di fine indicata nel progetto formativo).....
- tutor aziendale .....
- altro .....

Motivazione:

- per motivi di organizzazione operativa ed attuativa;
- altro .....

Si conferma che rimangono invariati tutti gli altri elementi contenuti nel progetto formativo.

Data .....

Firma del Titolare/Direttore  
e timbro della Farmacia

Firma del Tutor aziendale

Firma del Tirocinante per  
conferma e accettazione

Firma del Tutor universitario  
per approvazione