



**Università degli Studi "G. d'Annunzio"  
Chieti-Pescara  
Dipartimento di FARMACIA**



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

rif.: progetto prot. n. .... rep. n. .... del .....

Da presentare alla segreteria didattica del Dipartimento di Farmacia I liv. Corpo C stanza 420/ [dipartimento.farmacia@unich.it](mailto:dipartimento.farmacia@unich.it) (le modifiche devono essere comunicate almeno 10 giorni prima della scadenza del termine del periodo di tirocinio indicato nel progetto formativo).

Il Titolare/Responsabile Dott. .... dell'Azienda/Ente convenzionato.....

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 10 giorni prima della data di inizio indicata nel progetto formativo).....

periodo di fine tirocinio (da comunicare almeno 10 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/Responsabile  
e timbro dell'Azienda o Ente convenzionato

Firma del Tutor aziendale

.....

.....

Firma del Tirocinante per  
conferma e accettazione

Firma del Tutor universitario  
per approvazione

.....

.....