

Al Presidente del Corso di Studio in FARMACIA  
Dipartimento di Farmacia  
Università degli Studi "Gabriele d'Annunzio"  
Via dei Vestini  
Chieti

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matr.n. \_\_\_\_\_ regolarmente  
iscritto/a al \_\_\_\_\_ anno del Corso di Studio in Farmacia tel.n. \_\_\_\_\_  
indirizzo mail istituzionale \_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere autorizzato/a dal Consiglio del Corso di Studio a svolgere uno stage formativo presso la ditta  
\_\_\_\_\_ sita a \_\_\_\_\_ via

\_\_\_\_\_ per la seguente motivazione:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_