



MODULO ADE

CDL TECNICHE DI LABORATORIO - POLO FORMATIVO: _____

ANNO ACCADEMICO: _____/_____

STUDENTE _____ **MATRICOLA** _____

EVENTO FORMATIVO _____

DATA _____ SEDE _____

N.B.: Ai fini della consegna e della assegnazione dei relativi CFU è necessario allegare copia degli attestati degli eventi formativi elencati.

La consegna dovrà avvenire esclusivamente dal 1° Giugno al 15 Giugno e non oltre.

Il Responsabile del CdL Tecniche di laboratorio Biomedico

Prof. _____

Spazio riservato alla Segreteria Didattica

N. TOT. CFU _____



RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ATTIVITÀ DI LABORATORIO

CDL TECNICHE DI LABORATORIO BIOMEDICO - POLO FORMATIVO _____

ANNO ACCADEMICO: _____ / _____

MATRICOLA _____ STUDENTE _____

UNITA' OPERATIVA _____

DATA/E _____ DALLE ORE: _____ ALLE ORE: _____

ATTIVITÀ DI LABORATORIO IN _____

PER AUTORIZZAZIONE

Il Direttore delle Attività Didattiche

Dott. _____

DA COMPILARE A SEGUITO DELL'ESPLETAMENTO DELL'ATTIVITÀ DI LABORATORIO

Firma dello studente _____

Firma del Tutor di Macroarea _____

Firma del Referente di Tirocinio _____



DATA E ORA	DESCRIZIONE ATTIVITA' ESPLETATA

N. CFU _____



MODULO RIEPILOGATIVO LABORATORI

CDL TECNICHE DI LABORATORIO BIOMEDICO - POLO FORMATIVO: _____

ANNO ACCADEMICO: _____/_____

MATRICOLA _____ STUDENTE _____

Unità Operativa e/o Settore _____

dal _____ al _____ N. CFU _____

Unità Operativa e/o Settore _____

dal _____ al _____ N. CFU _____

Unità Operativa e/o Settore _____

dal _____ al _____ N. CFU _____

Unità Operativa e/o Settore _____

dal _____ al _____ N. CFU _____

Unità Operativa e/o Settore _____

dal _____ al _____ N. CFU _____

Unità Operativa e/o Settore _____

dal _____ al _____ N. CFU _____

N.B.: La consegna dovrà avvenire esclusivamente dal 1° Giugno al 15 Giugno e non oltre

Il Responsabile del CdL Tecniche di Laboratorio Biomedico

Prof. _____

Spazio riservato alla Segreteria Didattica

N. TOT. CFU _____