

Spett.le Università degli Studi di Genova  
Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche  
Via L.B. Alberti, 4  
16132 Genova

## RICHIESTA DI INTERRUZIONE TIROCINIO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Matricola n. \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### COMUNICA

che interromperà il tirocinio presso \_\_\_\_\_ (sede di svolgimento del  
tirocinio) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
per i seguenti motivi \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e che, pertanto, come data di conclusione del tirocinio deve intendersi il giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (compreso).

Data .....

Firma del Richiedente

.....

Firma per presa visione dell'ente/azienda

.....

Il presente modulo dovrà essere inoltrato, tramite fax (al numero 010 353 7352) o e-mail ([sportello@medicina.unige.it](mailto:sportello@medicina.unige.it)) **almeno 5 giorni lavorativi prima della data di interruzione del tirocinio.**