Università degli Studi "Gabriele d'Annunzio" - Chieti – Pescara
SCUOLA DI MEDICINA E SCIENZE DELLA SALUTE
Corso di Studio in Infermieristica
Presidente: Prof. Giancarlo Cicolini
Via dei Vestini 31, 66013 Chieti

SOSPENSIONE DELL'ATTIVITÀ DI TIROCINIO

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

Nato/a a _____ Prov (_____) il _____

Iscritto/a al ☐ I, ☐ II, ☐ III Anno del Corso di Laurea in Infermieristica nell'A.A. 20__/20__

con matricola n° _____ ,

COMUNICA

la **sospensione dell'attività di tirocinio** nei seguenti periodi:

Dal _____ al _____

Motivo_____

Dal _____ al _____

Motivo_____

Dal _____ al _____

Motivo_____

Dal _____ al _____

Motivo_____

Pescara, il _____

Lo studente

_____