



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

*Corso di Laurea in Infermieristica
Sede di Schio*

DICHIARAZIONE DI RITIRO DAL TIROCINIO

Il/la sottoscritta _____

Nato/a a _____ il _____

Matricola _____

Frequentante il 1° 2° 3° anno del Corso di Laurea in Infermieristica,
con sede a Schio

DICHIARA

di volere interrompere la frequenza di tirocinio per l'Anno Accademico _____

Motivazione: gravidanza

previsione di cambio indirizzo di studi

altro _____

e **DICHIARA** altresì,

di volere frequentare regolarmente le lezioni teoriche.

di NON volere frequentare regolarmente le lezioni teoriche.

Data

Firma leggibile

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Polo Didattico di Schio

via S. Camillo De Lellis, 1 36015 Schio (VI)

Tel.0445 509780 fax 0445 ,509781

e-mail: cdl-inf@aulss7.veneto.it