

Data e luogo, _____

All'Ordine dei Farmacisti della
Provincia di Bolzano
Via Macello 57
I-39100 BOLZANO (BZ)

**COMUNICAZIONE INIZIO PERIODO DI TIROCINIO FORMATIVO NELL'AMBITO DELLA
FORMAZIONE SPECIALISTICA**

Io sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ Titolare/Direttore
della Farmacia _____, sita in _____,
Via _____, avendo aderito alla Convenzione tra l'Ordine dei
Farmacisti della Provincia di Bolzano e la **Facoltà di Farmacia dell'Università di**
_____ per svolgimento del tirocinio professionale nell'ambito della
formazione specialistica dei farmacisti:

- Farmacologia
- Farmacia Ospedaliera
- Scienza e tecnica delle piante officinali

DICHIARO

che la/il Farmacista _____, nata/o il _____
a _____, residente a _____, in Via
_____, iscritta/o all'Albo Professionale dell'Ordine dei
Farmacisti di _____ al numero _____ dalla data _____
iscritto/a

- alla scuola di specializzazione in Farmacologia
- alla scuola di specializzazione in Farmacia Ospedaliera
- alla scuola di specializzazione in Scienza e tecnica delle piante officinali

presso l'Università degli Studi di _____ **inizierà** in data
_____ la frequenza per il tirocinio pratico presso questa farmacia con durata di
3 mesi e/o 6 mesi

Tutore aziendale per il presente tirocinio: dott./dott.ssa _____

In fede

Timbro della Farmacia e firma del titolare

Firma del tirocinante

Spazio riservato all'Ordine
