

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

\_\_\_\_\_