

Data e luogo, _____

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

COMUNICAZIONE FINE TIROCINIO

Io sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ Titolare 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 degli studenti:

- dei Corsi di laurea magistrale in Farmacia,
- dei Corsi di laurea specialistica in Farmacia e in Chimica e Tecnologia Farmaceutica

DICHIARO

che la/lo studentessa/studente _____, nata/o il _____ a
_____, residente a _____, in Via
_____, iscritta/o

- al Corso di laurea magistrale in Farmacia,
 - al Corso di laurea specialistica in Farmacia e in Chimica e Tecnologia Farmaceutica
- presso l'Università degli Studi di _____ **ha terminato** 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
