

Data e luogo, \_\_\_\_\_

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

### COMUNICAZIONE INIZIO 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 \_\_\_\_\_ 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