



_____, li _____

Intestazione Farmacia

Mezzo: email

Spett.le ASL _____

S. C. FARMACEUTICA TERRITORIALE

COMUNICAZIONE DI INIZIO / FINE TIROCINIO PRATICO - PROFESSIONALE

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

Titolare della Farmacia _____

sita a _____ Via _____ n. _____

COMUNICA

che il/la Sig. _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

iscritto al _____ anno del Corso di Laurea in _____

presso l'Università degli Studi _____

HA INIZIATO LA PRESCRITTA PRATICA PROFESSIONALE

per un totale di ore _____ dal _____ al _____

a norme del vigente regolamento e che il tutor aziendale incaricato/a della formazione è

il/la Dott. _____

In fede.-

(firma del tutor aziendale)

(timbro e firma della farmacia)