

ALL'ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA BELLUNO
Piazza Martiri, 8 - 32100 Belluno
Tel. 0437/944545 - Fax 0437/292670 – Pec: ordinefarmacistibl@pec.fofi.it

OGGETTO: COMUNICAZIONE INIZIO TIROCINIO

Il sottoscritto Dott./Dott.ssa _____,

Direttore Responsabile/esercente professione farmacista ed iscritto all'Ordine dei Farmacisti di

Belluno il _____ al numero _____

DICHIARA

Che il/la tirocinante _____,
nato/a a _____ il _____,
residente a _____ in Via _____,
iscritto/a al Corso di Laurea in Farmacia/Chimica e Tecnologia Farmaceutica presso l'Università
degli studi di _____, ha INIZIATO in data _____ il
periodo di tirocinio pratico presso la Farmacia _____
sita in _____ via _____ - _____

In fede

Timbro e firma del Tutor

N.B.: Si prega di inoltrare il presente modulo all'Ordine all'inizio del tirocinio

(spazio riservato alla convalida dell'Ordine)