

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 FINE TIROCINIO

Il sottoscritto Dr. _____, titolare della Farmacia _____
_____, sita in _____,
Via _____,

DICHIARA

Che il/la Dr./Dr.ssa _____,
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 TERMINATO in data _____
il semestre di frequenza per il tirocinio pratico presso questa Farmacia.

In fede

Timbro e firma Toutor

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

(spazio riservato alla convalida dell'Ordine)