

FAC-SIMILE / DA SCRIVERE SU CARTA INTESTATA DELLA FARMACIA

Timbro della farmacia



FARMACIA
(denominazione) _____
(indirizzo) _____

MATRICOLA:
CORSO DI LAUREA:
ANNO DI CORSO :
RECAPITO TEL.STUDENTE :

Chiar.mo Preside
della Facoltà di Farmacia e Medicina
dell'Università di Roma "La Sapienza"
Piazzale Aldo Moro n.5 00185-
Roma

Il sottoscritto Dott. _____ Titolare/Direttore della farmacia _____
sita in Via _____ dichiara con la presente che lo
studente: _____

Ha completato in data odierna il periodo di tirocinio iniziato il _____

Si attesta che il tirocinio è stato effettuato nei modi e nei tempi previsti dalle normative vigenti.

Il sottoscritto dichiara altresì che, ai sensi della normativa vigente , egli non è sottoposto a
provvedimenti che lo rendono eticamente inidoneo alla funzione formativa.

In fede.

(firma del titolare/direttore farmacia)

Data, _____

_____ Timbro Farmacia