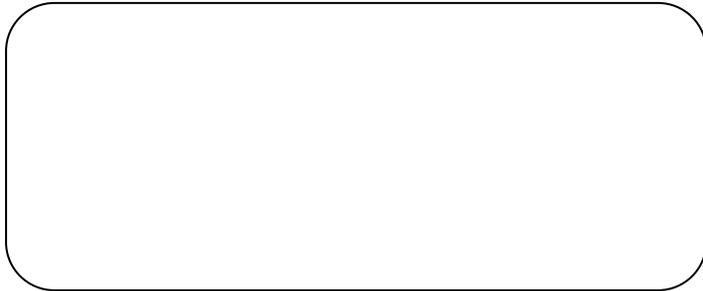


FAC-SIMILE / DA SCRIVERE SU CARTA INTESTATA DELLA FARMACIA

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