

Mod-2

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi
di Catania
SEDE

Oggetto: Tirocinio professionale in farmacia

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____

Titolare/Direttore della Farmacia ospitante _____

Sita in _____ Via _____ n. _____

ATTESTA

ai sensi dell'Art. 2 del Regolamento di Tirocinio approvato dalla Facoltà di Farmacia in data
9 Marzo 2010, che

lo/la studente/studentessa _____

nato/a _____ il _____ Matricola n. _____

- 🍏 Iscritto/a al Corso di Laurea Specialistica / Magistrale in Farmacia
- 🍏 Iscritto/a al Corso di Laurea Specialistica / Magistrale in Chimica e Tecnologia Farmaceutiche.

ha effettuato presso questa farmacia il prescritto semestre di Tirocinio Pratico Professionale dal

giorno ____/____/____ al giorno ____/____/____
giorno ____/____/____ al giorno ____/____/____

Detto Tirocinio è stato effettuato a tempo pieno per sei mesi (Art. 2 c. 3 della Direttiva 85/432 CEE)

_____ li _____

In fede
(Timbro e Firma)

Visto il Tutor Accademico

Visto il Tutor professionale
