

**AL MAGNIFICO RETTORE
DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CATANIA**

TUTOR DIDATTICO _____

MATRICOLA _____

_____ SOTTOSCRITT _____

NAT ____ A _____ PROV (____) IL _____,

TEL. _____,

DICHIARA

- DI ESSERE REGOLARMENTE ISCRITT ____ AL IV° ANNO ☐ AL V° ANNO ☐ DEL
C.d.L.M. IN _____;
- DI AVER ACQUISITO TUTTE LE FREQUENZE RELATIVE AL PREDETTO ANNO :

CHIEDE

DI POTER FREQUENTARE IL SEMESTRE DI PRATICA FARMACEUTICA PER ...4....MESI

PRESSO LA FARMACIA DEL DOTT _____

SITA IN _____ VIA _____,

TEL _____.

E PER ...2....MESI PRESSO LA FARMACIA OSPEDALIERA _____

DICHIARO DI NON AVERE NESSUN GRADO DI PARENTELA CON I TITOLARI DELLE SUDDETTE FARMACIE.

TIMBRO E FIRMA DEL FARMACISTA

COGNOME E NOME TUTOR PROFESSIONALE

FIRMA TUTOR PROFESSIONALE

CATANIA, _____

TIMBRO E FIRMA DEL FARMACISTA OSPEDALIERO

COGNOME E NOME TUTOR PROFESSIONALE. OSPEDALIERO

FIRMA TUTOR PROFESSIONALE. OSPEDALIERO

CON OSSERVANZA
