

Sassari, li _____

Al Presidente del Corso
di Studi in
Università degli Studi
Sassari

e.p.c.

Al Presidente
dell'Ordine Interprovinciale
dei Farmacisti di Sassari e
Olbia Tempio

Al Responsabile del
Servizio Farmaceutico
dell'Unità Sanitaria
Locale N° _____

Il/la Sottoscritto/a Dott./ssa _____,
Titolare della Farmacia sita in _____ in Via
_____, comunica che il giorno _____ lo/a
studente/ssa _____, nato/a a
_____ il _____, iscritto/a al _____ anno del Corso di
Laurea Magistrale/specialistica in _____, Matricola n° _____
ha terminato il tirocinio iniziato in data _____, ai sensi del D.P.R.
30/09/1938, n° 1652 e del D.P.R. 22/09/1972 n° 739, il prescritto tirocinio di pratica
professionale, acquisendo n° _____ crediti.

Il Titolare della Farmacia

Con osservanza il Tirocinante.

Timbro e firma della farmacia