



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
FIRENZE

Scuola di  
Scienze della  
Salute Umana

## Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in FARMACIA

Il/La sottoscritto/a

---

Nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Matricola \_\_\_\_\_

Iscritto per l'anno accademico \_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ anno

Preso atto delle norme che Regolamentano (art. 4) lo svolgimento del Tirocinio Professionale

**C H I E D E**

di poter svolgere detto tirocinio presso la Farmacia

---

con sede in

---

Via

---

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Firenze, \_\_\_\_\_

**Firma Studente**

---



**FARMACIA AUTORIZZATA** \_\_\_\_\_

**TITOLARE** \_\_\_\_\_

**TUTOR** \_\_\_\_\_

**Il Responsabile della Farmacia, presa visione della  
convenzione e del Regolamento per il Tirocinio Professionale**

**ACCOGLIE**

**Il/la tirocinante** \_\_\_\_\_

**Presso la propria struttura dal** \_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_

**Timbro della Farmacia**

**Firma Titolare della Farmacia**