



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Scuola di
Scienze della
Salute Umana

Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in FARMACIA

Il/La sottoscritto/a

nome _____ cognome _____

matricola _____

nato/a il _____ a _____ (____)

iscritto/a per l'anno accademico ____/____ al _____ anno di corso

**Preso atto del Regolamento per lo svolgimento del Tirocinio
Professionale**

C H I E D E

di poter svolgere detto tirocinio presso la Farmacia

con sede in

città _____ prov (____) cap _____

indirizzo _____

telefono _____ e-mail _____

nel periodo

dal _____ al _____

Firenze,

Firma del richiedente



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Scuola di
Scienze della
Salute Umana

FARMACIA AUTORIZZATA _____

TITOLARE dr./dr.ssa _____

TUTOR _____

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

ACCOGLIE

presso la propria struttura **dal** _____ **al** _____

il/la tirocinante

nome _____ **cognome** _____

matricola _____

iscritto/a al Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in FARMACIA

Timbro della Farmacia

Firma Titolare della Farmacia
