

Bollo vigente

All'Ufficio Segreteria Studenti
Area Didattica di Farmacia
Università degli Studi di Napoli Federico II

Al Direttore del
Dipartimento di Farmacia

OGGETTO: attestato di fine tirocinio pratico professionale ai sensi dell'art. 2 punto 3 della Direttiva CEE 85/432, recepita dal nostro ordinamento con D. Lgs. 8 agosto 1991, n. 258, richiamato nel Decreto 28 novembre 2000 e inserito nei Regolamenti Didattici dei Corsi di Laurea in Farmacia e in Chimica e Tecnologia Farmaceutiche.

Il/La sottoscritto/a dott. _____,
nato/a il ____ / ____ / ____ a _____ (____),
residente in _____
titolare della Farmacia _____
sita in _____ (____),

ATTESTA

che il sig. _____
nato il _____ a _____ iscritto al corso di Laurea in
_____ di codesta Università, con
matricola _____/_____, ha svolto il tirocinio di pratica farmaceutica come previsto
dalle linee guida del programma per 36 ore settimanali (pari a 750 ore complessive), presso la
propria Farmacia, nel seguente periodo:

dal _____ al _____ (pari a tre e/o sei mesi effettivi)

dal _____ al _____ (pari a tre e/o sei mesi effettivi)

Data



Timbro e firma del Titolare della Farmacia



Timbro e firma dell'Ordine dei Farmacisti

N.B.

Da consegnare, in copia originale, all'Ufficio Segreteria Studenti, compilata e sottoscritta