

**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 CEE85/432, 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.**

**IL MODULO FINE TIROCINIO VA CONSEGNATO IN ORIGINALE ALLA SEGRETERIA  
STUDENTI CON MARCA DA BOLLO FIRMATO E TIMBRATO DAL FARMACISTA ED  
ORDINE DEI FARMACISTI**