

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**