



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA

Facoltà di Farmacia

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' DI COMPIUTO TIROCINIO
PER ISCRITTI AL CORSO DI LAUREA SPECIALISTICA
IN FARMACIA E CHIMICA E TECNOLOGIE FARMACEUTICHE**

MATRICOLA N. /

Il sottoscritto:

Cognome Nome

nato a prov. il / /

iscritto al anno del corso di Laurea in

domiciliato in prov.

via tel.

ai sensi dell'art. 1 della legge 15 maggio 1997 n° 127, nonché degli artt. 2 e 6 del DPR 20 ottobre 1998, n° 403

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

di aver svolto il periodo di tirocinio di 750 ore presso la Farmacia

.....
del Dott.

(n° codice farmacia assegnato dalla ASL)

sita in via

telefono n° fax n°

dal / / al / / per essere ammesso all'esame finale di Laurea; di

essere consapevole delle responsabilità penali e amministrative inerenti alla predetta dichiarazione.

In particolare, è consapevole che costituisce reato fornire dichiarazioni mendaci, porre in essere atti viziati da falsità materiale, nonché utilizzare atti affetti da tale falsità. tali condotte integrano le fattispecie penali previste dagli artt. 482, 483, 485, 489, 495, 496 c.p.. E' consapevole che l'esibizione di dati non più rispondenti a verità è equiparata, ad ogni effetto, all'utilizzo di dati falsi. e' consapevole che le posizioni acquisite utilizzando i predetti atti o dichiarazioni falsi o mendaci saranno poste nel nulla con efficacia retroattiva dalla presentazione dell'istanza e che le tasse pagate non saranno più rimborsate.

Firma dello studente

..... / /

.....

Tale dichiarazione va consegnata presso la Segreteria di Presidenza della Facoltà di Farmacia – Viale Taramelli 12 (tel. 0382.98.73.70 – fax 0382.52.90.95) e copia consegnata a cura dello studente presso l'Ordine dei Farmacisti della provincia interessata.

Si ricorda che, tale dichiarazione va allegata al libretto compilato in tutte le sue parti e vidimato dall'Ordine dei Farmacisti della Provincia in cui ha sede la Farmacia.