



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA
Facoltà di Farmacia

DICHIARAZIONE DI INIZIO 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.

DICHIARA

di svolgere 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.

Timbro e firma del Farmacista

..... / /

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, alla fine del periodo di tirocinio, lo studente dovrà presentare un'autocertificazione del tirocinio stesso e il libretto compilato in tutte le sue parti e vidimato dall'Ordine dei Farmacisti della Provincia in cui ha sede la Farmacia.