

Data, _____

Al Presidente
dell'Ordine dei Farmacisti
della Provincia di

Al Responsabile del
Servizio Farmaceutico
della Asl n. _____ di

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

Titolare della Farmacia sita in _____ Prov. _____

comunica che il giorno _____ il/la Sig./Dott _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

ha iniziato il prescritto tirocinio di pratica professionale presso questa farmacia.

Il Titolare / Direttore della Farmacia

Per accettazione

firma del tirocinante